This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

Library of
Thomas B. Curtis, M. D.
bequeathed to the
Boston Medical Library
Association.
1881.

Z. Cecile
N° 3

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL
ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYEM

Agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, Médecin des Hôpitaux.

COMITÉ DE REDACTION :

P. BERGER
Agrégé de la Faculté de Médecine,
Chirurgien des Hôpitaux.

H. RENDU
Agrégé de la Faculté de Médecine,
Médecin des Hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : Dr A. CARTAZ.

Collaborateurs : MM. CH. ABADIE, BALZER, J. BEX, BOUCHEREAU, CAMPENON, R. CALMETTES, CARRIÈRE, COUTY, DANLOS, DASTRE, DEBOVE, G. DECAISNE, DREYFUS-BRISAC, DURET, MATHIAS DUVAL, GINGEOT, GOUGUENHEIM, GRANCHER, HANOT, E. HARDY, HENNEGUY, HOLMAN, HOMOLLE, H. HUCHARD, E. JAVAL, KUHFF, LABADIE-LAGRAVE, LANDOUZY, H. LEROUX, MAGNAN, MARCANO, P. OULMONT, PAULIER, CH. PÉRIER, PITRES, PORAK, J. RENAUT, RICHELOT, RICHET, SCHWARTZ, SEVESTRE, F. TERRIER, THOMAS, THORENS, TROISIER, C. ZUBER.

SEPTIÈME ANNÉE

TOME XIII

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN.

1879

SOMMAIRE DU N° 1

DU TOME TREIZIÈME.

ANATOMIE.

Circulation pulmonaire, *Küttner*, 1. — Lobes pulmonaires, *Aeby*, 3. — Cerveau, *Flechsig;* nerfs crâniens, *Duval*, 4; *Gowers*, *Lœwe*, *Exner*, 5. — Nerfs optiques, *Stilling*, 6; *Nicati*, *Baumgarten;* rétine, *Tafani*, 7. — Moelle épinière, *Bufalini;* nerfs des muscles, *Ranvier*, 8. — Nerfs de la langue, *Lannegrace*, 9 — Oreille interne, *Coyne*, *Meyer*, 10. — Muqueuse nasale, *Rémy*, 13. — Peau, *Rémy;* endartère, *Renaut*, 14. — Glomérules du rein, *Drasch;* foie, *Cadiat;* origines des voies biliaires, *Wendt*, 15. — Cartilage, *Tillmanns*, *Budge*, 16. — Tissu osseux, *Schäfer*, 17. — Encoches du fémur, *Terrillon*, vésicules de Graaf, *Salvjansky;* division des cellules, *Peremeschko*, 19. — Technique histologique, *Paulier*, *Giacomini*, 20; *Ewald*, *Kühne*, 21.

PHYSIOLOGIE.

Contractions du cœur, *Stiénon*, *Gaule*, *Kronecker*, 22; *Engelmann*, 24; *Marchand*, 25.—Nerf accélérateur du cœur, *Baxt*, 25, 26; *Stricker*, *Wagner*, 27. — Courant sanguin de la tête, *Mayer*, 28. — Influence de la respiration sur la pression sanguine, *Kowalesky*, 30. — Transsudation à travers les vaisseaux, *Nasse*, 31. — Hématoblastes, *Hayem*, 31; *Pouchet*, 33. — Sécrétion sudorale, *Vulpian*, 34; *Nawrocki*, *Hermann*, *Luschsinger*, 36; *Adamkiewicz*, *Heidenhain*, 38. — Sécrétion parotidienne, *Jœnicke*. 40. — Excitation des nerfs, *Grutzner*, 41. — Fonctions de la moelle, *Luchsinger*, 42. — Torpille, *Sachs*, *Babuchin*, 43; *Du Bois Reymond*, 45; *Buchenheim*, 46. — Nerf vertébral, *Franck;* nerfs des muscles, *Tschirjew*, 47. — Nutrition des muscles, *Zuntz*, 48. — Eléments contractiles, *Cadiat*, 49. — Force musculaire, *Flint*, 50. — Temps de réaction physiologique, *Dietl*, *Vintschgau*, 51. — Mouvements volontaires, *Brücke*, 52. — Muscles dilatateurs, *Exner*; chaleur, *Christiani*, *Kronecker*, 53; *Rosenthal*, 54. — Protoxyde d'azote, *Bert*,

Goltstein, 55; *Zuntz*, 56. — Principes hydrocarbonés, *Bœhm*, *Hoffmann*, 57. — Absorption de l'albumine et des graisses, *Mülheim*, *Gad*, 60. — Action du pancréas, *Jeanneret*, 62; *Albertoni*, 63, 64. — Glycogène, *Mayer*, 64. — Téléphone, *Hermann*, 65.

CHIMIE MÉDICALE.

Formation du phénol, *Odernatt*, *Brieger*, *Salkowski*, *Nencki*, 66. — Fermentations putrides, *Hoppe-Seyler*, 67. — Transformations du chlorhydrate d'ammoniaque, *Munk*; fonctions des moisissures, *Gayon*, *Béchamp*, 68. — Glycogène, *Vintschgau*, *Dietl*; cristaux d'oxalate, *Primavera*, 69.—Hyppoxanthine, *Salomon*, 70. — Ethers sulfuriques, *Baumann*; acide ométhurique, *Hasse*, 72. — Créatinine, *Maschke*; blanc d'œuf dialysé, *Laptschinsky*, 73. — Cristaux de sang, *Gscheidlen*; action de l'hydrogène sulfuré sur le sang, *Lewin*, 74. — Recherche du manganèse, *Riche*, 75. — Pigments, *Méhu*; bile dans la salive, *Fenwick*, 76. — Calcul du foie, *Bittmann*, 77.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Myosites des phthisiques, *Frænkel*, 77. — Dégénérescences du diaphragme, *Zahn*, 79. — Tuberculose, *Baumgarten*; altération des espaces lymphatiques du cerveau, *Josionck*, 80.—Altération amyloïde des ganglions, *Cornil*, 81. — Sang des diabètiques *Hamilton*; testicules dans le typhus, *Fenomenow*, 82. — Cavité de la moelle, *Taylor*; sympexions des vésicules séminales, *Reliquet*, *Cadiat*, 83.— Lésions des cartilages, *Weichselbaum*, 84. — Scoliose, *Guérin*; inégalité des membres, *Roberts*, 85. — Diverticulums intestinaux, *Sangalli*; ankilostome duodénal, *Grassi*, *Parona*, 86. — Mamelles surnuméraires, *Leichtenstern*, 87. — Monstre, *Rebatel*, *Colrat*, 88. Hydatides de la rate, *Kühn*, 89. — Abcès de la rate, *Brown*, 90. — Péritoine et pleurésie, *Langer*, 91. — Pancréatite, *Hilty*, 92.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Dosage de l'hémoglobine, *Vierordt*, *Korniloff*, *Rajewsky*, *Müller*, *Lesser*, *Jolyet*, *Laffont*, *Hayem*, *Malassez*, *Quincke*, 94. — Endocardite, *Rosenbach*, *Klebs*, 108. — Commotion cérébrale, *Duret*, 112. — *Bochefontaine*. 114; *Ceccherelli*, 115. — Inflammation, *Senftleben*; bactéries, *Horvatz*, *Sansom*, 117. — Pneumonie par section du pneumogastrique, *Steiner*, 118. — Lésions des cartilages, *Tizzoni*, 119. — Action des substances inhalées *Schottelius*, 120. Glycosurie, *Filehne*, 121.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Ergotinine, *Budin*, *Galippe*, 122. — Muscarine, *Ringer*, *Morshead*; ipécacuanha, *Foulkrod*, 123, — Café, *Binz*, 124. — Iodure de plomb, *Schœnfeldt*, 125. — Injection de glycérine, *Luchsinger*, 126. — Empoisonnement par l'acide phénique, *Küster*, 172; *Sonnenburg*, 128. — Alcool méthyllique, *Poincarré*; action des bains salins, *Valentin*, 129. — Morphinisme, *Folet*, 130. — Empoisonnements par l'hydrogène arsénié, *Wacchter*, 131.; par le plomb, *Reinhard*; par le baryte, *Reincke*, 133.

THÉRAPEUTIQUE.

Action des courants induits, *Smith*, 134; *Thorner*, 135. — Rationnement des boissons dans le cas d'épanchements liquides, *Cheadle*, 136. — Régime lacté, *Debove*, 237. — Mercure, *Hallopeau*, 138. — Lavements alimentaires, *Jessen*; injections sous-cutanées d'eau, *Moncorvo*, 139. — Cinchonine, jaborandi dans la fièvre intermittente, *Machiarelli*, *Rokytansky*, 140. — Essence de myrtol, *Charlat*; seigle ergoté dans l'insolation, *Dedrickson*, 141. — Acide sclérotinique, *Ziemssen*; Teinture de Drosera, *Louvet-Lamare*, *Vigier*, 142. — Digitale, *Fothergill*, 143. — Neurine dans la diphthérie, *Ludwig*; nitrite d'amyle dans la rage, *Forbes*; acide borique antifermentatif, *Polli*, 144. — Bromhydrate de conine, *Mourrut*, 145. — Bains de Kreuznach, *Wimmer*; pilules contre le tænia, *Fleischmann*, 146.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

De l'ictère, *Murchison*, *Straus*, *Decaudin*, *Poigné*, *Dreyfus-Brisac*, *Rendu*, *Legg*, *Krull*, *Möbius*, *Charcot*, *Gombault*, *Du Castel*, *Hertz*, *Fossion*, 148. — Maladies du foie, *Murchison*, 157. — Myxœdema, *Ord*, 158. — Pneumonie massive, *Grancher*, 159; *Henrot*, *Decés*, 160. — Hématozoaires chinois, *Manson*, 161.

Maladies du système nerveux : *Rosenthal*, *Grasset*, *Wilks*, 162; *Schneider*, 169; *Reynolds*, *Jewell*, 170; *Southey*, 171; *Labarrière*, 172; *Issartier*, *Gowers*, 173, 175; *Nothnagel*, 176; *Gowers*, 177; *Ross*, *Déjerine*, *Gowers*, 178; *Debove*, *Hayem*, 179; *Charcot*, 180; *Potain*, *Knight*, 181; *Charcot*, 182; *Landouzy*, 183; *Björnstrom*, 184.

OBSTÉTRIQUE.

Du col utérin, *Braune*, *Bandl*, *Martin*, *Müller*, *Küstner*, 184. — Des injections intra-utérines dans les suites de couches, *Münster*, *Schülein*, *Richter*, *Cézr*-

mazky, *Langenbuch*, 198. — Opération césarienne, *Cohn*, 199; *Wasseige*, 201. — Lésions chez la femme dans les accouchements artificiels, *Budin*, 201. — Crochet flexible, *Delore*, 202. — Grossesse prolongée, *Duncan*; utérus bicorne, *Ruge*, 203. — Constriction du col utérin, *Hosmer*, 204.

MALADIES DES ENFANTS.

Ictère des nouveau-nés, *Porak*, 205. — Imperforation des voies biliaires, *Hirschsprung*; *Morgan*, 207; altération du sang des nouveau-nés, *Cuffer*, 207. — Méningite tuberculeuse, *Boutan*, 208. — Adénite pharyngienne, *Kormann*; sarcome du rein, *Zitt*; ostéopériostite rhumatismale, *Archambault*, 209. — Fracture intra-utérine, *Anger*; adénopathie iliaque, *Varaillon*, 210. — Spina-bifida, *Heusinger*; rachitisme, *Depaul*, 211. — Céphalématome, *Féré*, 212. — Tubulhématie, *Herz*, 213. — Anurie, *Whitelaw*; colotomie, *Elkington*, 214. — Hernie ombilicale, *Conrad*, 215.

MÉDECINE LÉGALE.

Traité, *Hofmann*, 216. — Signes de la mort, *Garibaldi*; mort dans le vide, *Tamassia*, 223. — Ecchymoses sous-pleurales, *Laforest*, 224. — Mort par le chloroforme, *Berger*, 225.

PATHOLOGIE EXTERNE ET CLINIQUE CHIRURGICALE.

Maladies des voies urinaires, *Reliquet*, *Paquet*, *Sirus Pirondi*, *Picard*, *Harrisson*, *Fleming*, *Chaboureau*, *Terrillon*, *Henriet*, *Bigelow*, 227. — Cystite tuberculeuse, *Tapret*, *Guébhard*, *Jean*, *Bierry*, 232. — Rétrécissements de l'urèthre et calculs, *Segale*, *Gay*, 235; *Teevan*, *Will*, 236; *Bourillet*; néphrotomie, *Langhans*, 237. — Synovites de la main, *Schwartz*, 238. — Kystes synoviaux de la jambe, *Baker*, 240. — Adénomes sudoripares, *Gambier*, 241. — Hydarthrose dans la lymphangite; phlegmon bronzé, *Verneuil*, 242. — Fractures spontanées, *Patey*, 243. — Ostéites, *Lannelongue*; abcès des os, *Puzey*, 244. — Lésions du rachis, *Melchiory*, 245. — Luxations, *Jones*, 246; *Périer*, *Goodal*, 247. — Effets de la foudre, *Servaes*, hernies, *Egan*, 248; *Bryant*, 249. — Orchites, *Desprès*, 250. — Luxation du pénis, *Busch*; Sarcomes de la main, *Gross*, 251. — Névralgie mammaire, *Kirmisson*, 252. — Abcès ouvert dans le poumon, *Caton*, 253.

OPHTHALMOLOGIE.

Fonction de la rétine, *Hirschberg*, 253. — Accommodation, *Helmholtz*, 254. — Tension oculaire, *Brailey*; pouvoir absorbant de l'œil, *Klug*, 255.—Mouvements oculaires, *Raehlmann*, *Witkowski*, 256.— Astigmatisme, *Brailey*; réfraction, *Weiss*, 257. — Nystagmus, *Taylor*; myopie, *Titeca*, 258. — Polyopie hystérique, *Parinaud*, 259. — Héméralopie, *Vieusse*, 260. — Coloboma choroïdien, *Haab*, 261. — Hypopyon, *Deutschmann*, 262. — Conjonctivite, diphthéritique; iridéremie, *Rainsford*, 263. — Thrombose rétinienne, *Michel*, 264. — Rétinites, *Tafani*, 266; *Poncet*, 267.— Atrophie papillaire, *Rouire*; névrotomie ciliaire, *Schöler*, 268. — Tumeurs de l'orbite, *Higgens*, 269. — Iodoforme, ésérine et atropine dans les affections oculaires, *Hayes*, *Williams*, *Peltier*, 270.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE ET MÉDECINE OPÉRATOIRE.

Thermo et galvano-cautère, *Chalot*, 271; *Saint-Germain*, *Poinsot*, *Krishaber*, 273; *Berger*, *Choukry*, *Anger*, 275; *Féréol*, *Tillaut*, 276; *André*, *Piffard*, 277; *Mucci*, *Valerani*, 278; *Smith*, *Martinachi*, 279; *Bird*, 280. — Anesthésie, *Wachsmuth*; injection de lait, *Thomas*, 280; *Bullard*, 281. — Greffes, *Maurel*: anévrysme carotidien, *Macewen*, 282. — Mal de Pott, *Sayre*, 283. — Luxations, *Bazy*, 285.— *Burckhardt Poinsot*, 286. — Resections, *Jordan*, *Brigham*, 287; *Orlowski*; *Langenbeck*, *Hueter*, *Kocher*, *Schede*, *Kœnig*, *Petersen*, *Riedinger*, 288; *Adams*, *Prideaux*, 290. — Désarticulation du genou, *Langenbeck*, *Uhde*, *Luecke*, *Schede*, *Riedinger*, *Roser*, 291. — Ostéosarcome, *Macnamara*; hernies, *Doutrelepont*, 292. — Colotomie, *Silver*, *Barwell*, 293. — Entérostomie, *Surmay*, 294. — Splénotomie, *Browne*; extension des nerfs, *Morton*, 295. — Kystes du cou, *Malherbe*; abcès du foie, *Condon*, 296. — Fistule vésico-vaginale, *Rogowicz*; tétanos, *Pooley*, 297.

REVUE GÉNÉRALE.

Localisations cérébrales, *Rendu*, 298.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Page 330.

SOMMAIRE DU N° 2

DU TOME TREIZIÈME.

ANATOMIE.

Développement de l'embryon, *Disse*, 401; *Cadiat*, 404. — Théorie cellulaire, *Robin*, 405; noctiluques, *Robin*, 405. — Circonvolutions cérébrales, *Pansch*, 406. — Corps olivaires, *Kesteven*, 407. — Vaisseaux du cerveau, *Schöbl*, 408. — Structure des nerfs, *Schultze*, *Rumpf*, 409; *Kühne*, *Morochowitz*, 411; *Korybut-Dasykiewicz*, 412. — Nerf dépresseur, *Kreidmann*, 413. — Nerfs des muscles, *Gschleiden*; nerfs des uretères, *Dogiel*; nerfs tactiles, *Ditlevsen*, 414. — Corpuscules du tact, *Hesse*, 415. — Poils tactiles, *Lœwe*, 417. — Cœur, *Gasser*, *Dogiel*, 419. — Cartilage, *Renaut*, *Nykamp*; vaisseaux de la paupière, *Lauger*, 420. — Veine ombilicale, *Baumgarten*, 421. — Membrane du tympan, *Krause*, 422; *Moos*, 423. — Oreille interne, *Gruber*; canaux demi-circulaires, *Munk*, 424. — Tendon bicipital, *Welcker*, 425. — Technique histologique, *Broesicke*, *Lewis*, 425.

PHYSIOLOGIE.

Thermométrie cérébrale, *Gray*, 426. — Excitation de l'encéphale, *Bochefontaine*, 427. — Excitation du ganglion cervical, *Vulpian*; variation négative, *Exner*, 428. — Innervation de la pupille, *Raehlmann*, *Witkowski*, 428; *Franck*, 430. — Sensation des couleurs, *Fick*; muscle ciliaire, *Hock*, 431. — Pression sanguine, *Zybulski*, *Marey*, 432; *Funke*, *Latschenberger*, *Schœnlein*, 433. — Physiologie du cœur, *Laborde*; action de la pepsine sur le sang, *Albertoni*, 434. — Respiration, *Preuschen*, 435; *Bernstein*, 436. — Volume de la tête, *Lacassagne*, *Cliquet*, 436. — Consommation d'oxygène par les tissus, *Vierordt*, 437. — Sécrétion salivaire, *Langley*; glycogène du foie, *Finn*, 438. — Glandes pepsinifères, *Heidenhain*; absorption intestinale, *Tappeiner*, 439. — Production de l'urée, de *Sinéty*; action de la bile sur le glycogène, *Bufalini*, 440. — Splénotomie, *Picard*, *Malassez*; pancréas, *Pawlow*, 441. — Sécrétion au rein, *Newmann*, *Nussbaum*, 442. —

Décompositions organiques, *Voit*, 443. — Disque germinatif, *Colasanti;* épithélium vésical, *Cazeneuve*, *Livon*, 444. — Mouvements des feuilles, *Bert;* téléphone, *Hermann*, 445.

CHIMIE MÉDICALE.

Sucre du sang, *Pavy*, *Dastre*, 446. — Acide carbonique du sang, *Bert*, 447. — Pigments animaux, *Méhu*, 448. — Indices de réfraction de l'urine, *Valentin*, 449. — Cresols dans l'urine, *Preusse;* calcul d'indigo, *Semon*, 450. — Élimination du phénol, *Schäffer*, 451; *Christiani*, 452. — Créatine et créatinine, *Weyl*, 452. — Acide cholique, *Tappeiner;* chitine, *Ledderhose*, 453. — Urobiline, *Disqué;* transformation de l'ammoniaque, *Schröder;* élimination du fer, *Hamburger*, 454. — Mercure dans l'urine, *Fürbringer*, 455. — Mercurialine, *Schmidt;* acide oxalique de l'économie, *Seligsohn*, 456. — Analyse du lait, *Marchand*, *Adam*, 457. — Falsification du beurre, *Husson;* transformation du cristallin, *Knies*, 458.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Tumeurs du cerveau, *Weis*, 458. — Altération du tissu nerveux, *Kestoven*, 459; *Korybutt-Dazykiewicz*, 460. — Tétanos, *Coats*, 461; *Woods*, 462; *Aufrecht*, 463. — Paralysie spinale, *Aufrecht;* paralysie ascendante, *Déjerine*, 464. — Paralysie pseudo-hypertrophique, *Brigidi;* mouvements des noyaux dans les tissus enflammés, *Unger*, 465. — Inflammation des tendons, *Feltz*, émigration des pigments, *Soyka*, 466. — Déviations du rachis, *Guérin;* hernie ovarienne, *Maschka*, 407. — Inclusion testiculaire, *Bœckel*, *Verneuil*, 468. — Tumeurs du testicule, *Breus;* extroversion de la vessie, *Champneys*, 469.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Inflammation, *Arnold*, 470. — Fièvre, *Buss*, *Leyden*, *Fränkel*, 471. — Inflammation des os, *Busch*, *Redtenbacher*, 473. — Erysipèle, *Tillmanns*, 474. — Œdème artificiel, *Renaut*, 475. — Nécrose embolique, *Koch;* néphrite, *Aufrecht*, 476. — Respiration bronchique, *M'Gillavry*, *Aufrecht*, 478. — Phénomène du genou, *Tschirjew*, 479. — Dégénérescence nerveuse, *Gubowitsch*, 480. — Rachitisme, *Kassowitz*, 481. — Physiologie de l'intestin, *Leven;* charbon, *Feser*, 482.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Antagonistes, *Husemann*, 483. — Puissance toxique des alcools, *Dujardin-Beaumetz*, *Audigé*, 484. — Hydrure de tanacétyle, *Putzeys*, 485. — Capsicum, *Hogyes*; caféine, *Binz*, 486. — Gleditschine, *Lautenbach*, 487. — Dithiocyanate de potasse, *Högyes*; cicutine, *Bochefontaine*, *Mourrut*; muscarine, nicotine, *Merunowicz*, 488. — Sulfantimoniate de soude, *Lewin*, 489. — Borax, *Cyos*; préparation de platine, *Kebler*, 490. — Argyrisme, *Rozsaheghi*, 491. — Thymol, *Kuessner*; saturnisme, *Renaut*, 492; *Harnack*, 494. — Poisons putrides, *Husemann*, 496. — Empoisonnement par le cuivre, *Nicaise*; par le phosphore, *Fraenkel*, 497; par le sulfure de carbone. *Douglas*, 499; par le cyanure de potassium, *Pincus*, 500. — Morsures d'araignées, *Dax*, 501.

THÉRAPEUTIQUE.

Métallothérapie, *Vigouroux*, 501. — Électrisation céphalique, *Letourneau*, 502. — Air comprimé, *Neukomm*, 503; *Mosso*, 505. — Influence des altitudes sur la phthisie, *Denison*, 506. — Physostigma, *Sydney Ringer*, *Murrell*, gelsemium, *Massini*, 507. — Fruit du Bael, *Fayrer*; teinture de Warburg, *Owen*, 508. — Acide pyrogallique, *Vesey*, traitement du diabète, *Fürbringer*, 509. — Résorption des sels calcaires, *Perl*; entéroclisme, *Cecchelli*; des bains froids dans le rhumatisme, *Féréol*, 510. — Vésicatoire, *Dannecy*, 511.

HYGIÈNE.

Vaccination, *Skrzeczka*, 511; *Foller*, 513. — Croissance des enfants, *Bowditch*, 514. — Anémie des mineurs, *Manouvriez*, *Fabre*, 515. — Poussières atmosphériques, *Miquel*, 516. — Eaux potables, *Amsler*, 517. — Oxygène comme désinfectant, *Day*; fabrication des brosses, *Hurel*, 518. — Service sanitaire, *Garin*, 519. — Saturnisme, *Proust*; contracture formée par les chaussures, *Kraussold*; typhus, *Gontermann*, 520.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Maladies du système nerveux : de l'encéphale, *Gowers*, *Bennett*, *Hulke*, 521; *Archer*, 524. — De la protubérance, *Feuillet*, *Graux*, *Duncan*, *Archam-*

bault, *Penzoldt*, *Lautenbach*, *Vœlkel*, 524; *Coingt*, 531; *Kidd*, 533; du cervelet, *Service*, *Jackson*, *Carmichael*, *Peterrson*, *Curchsmann*, *Rickards*, *Lanzoni*, 534; des pédoncules cérébelleux, *Couty*, *Westphal*, *Carpani*, *Duffin*, 537; *Atkins*, 540; *Gee*, *Remak*, 541; *M'Swiney*, 542; *Chateaufort*, 543; *Rendu*, 544. — Atrophies musculaires, *Hayem*, *Vallat*, *Darde*, *Bocquet*, *Sabatié*, *Berguien*, *Urdy*, *Berger*, *Vergnes*, 545. — Maladies du système circulatoire : *Sée*, 550; *Fothergill*, 552; *Duckworth*, 554; *Franck*, 555; *Raub*, *Faber*, 556; *Bozzoio*, *Fiori*, *Preisendörfer*, 558; *Paul*, 559. — Hémoglobinurie, *Lichtheim*, 560. — Fièvre typhoïde, *Murchison*, 562. — Fièvre bilieuse, *Bérenger-Féraud*, 564. — Malaria, *Baccelli*, 565. — Rétrécissement de l'intestin, *Henrot*, *Mordret*, 566; oblitérations mésentériques, *Bertrand*, 567.

GYNÉCOLOGIE.

Leçons, *Guérin*, 567. — Tumeurs du col, *Thiede*, *Veit*, *Müller*, *Mösicke*, *Grunewald*, 570. — Métrite chronique, *Bennett*, 572; *Burn*, *de Sinéty*, 574. — Myome utérin, *Champneys*; tumeurs rétro-utérines, *Barnes*; rétroflexion utérine, *Ruge*, 575; *Lawrence*, 576; — Prolapsus graisseux de l'abdomen, *Gueniot*, 576; — Kystes du vagin, *Ruge*, 577; — Hématométrie, *Schrœder*; inversion utérine, *Courty*, 578. — Menstruation précoce, *Tetley*, 579. — Ovariotomie et laparotomie; *Duplay*, 579; *Doran*, 580; *Le Dentu*, *Schrœder*, 581; *Kocher*, 582; *Martin*, 584; *Grenser*, *Mossdorf*, *Semeleder*, 586; *Thornton*, 587; *Ruge*, *Harris*, 588; *Goodell*, *Benicke*, *Czerny*, *Cody*, 591; — *Chiara*, *Martin*, 592; *Hirne*, 593; *Masson*, 594; *Welponer*, *Pawlick*, 595; *Alexandre*, 596.

OBSTÉTRIQUE.

Bassins rétrécis, *Goodell*, 596. — Utérus cloisonné, *Ebell*, 600. — Travail prolongée, *Duncan*, 601. — Déchirures du périnée, *Fasbender*, *Liebmann*, *Kaltenbach*, 602; *Eustache*, 606. — Accouchement et fistules vésico-vaginales, *Cohnstein*, 606. — Hémorrhagie puerpérales, *Trenholme*, 609; *Thompson*, 610. — Emploi de l'ipéca dans le travail, *Carriger*; action néfaste du seigle ergoté, *Veit*, 610. — Grossesse tubaire, *Williams*; crâniotomie, *Rigby*, 611. — Embryotomie, *Müller*, 612. — Eclampsie, *Berry*, 613.

DERMATOLOGIE.

Leçons, *Wilson*, 213. — Dermopathies vaso-motrices, *Lewin*, *Chevalier*, 618. — Erythème dans la fièvre typhoïde, *Raymond*, *Nélaton*; dans la diphthérie, *Unna*, 619. — Sécrétion de la sueur dans les dermatoses, *Aubert*, 620. —

Traitement du psoriasis, *Neumann*, 621; *Will*, 622; *Grollety*, 623. — Eczéma, *Fox*, *Bulkley*, 624.—Pemphigus, *Unna*, 625; *Rheinwächter*, *Mermet*, 626; *Bœck*, 626. — Zona, *Leudet*, *Tanturri*, 628. — Lèpre, *Wyss*, 629; *Lawrie*, 630, — Lupus, *Lelongt*, 631; *Fraiche*, 632. — Sclérodermie, *Mader*, *Chiari*, 632. — Dysidrosis, *Fox*, *Crocker*, 634.— Molluscum, *Smith*, *Fox*, 635. — Xanthélasma, *Hillairet*, *Chambard*, 636; Piedra, *Deserme*; trichoptylose, *Rœser*, 637. — Pelade, *Leturc*, 638. — Epilation, *Bulkley*; pityriasis, *Vidal*, 639. — Lymphangiectodes, *Fox*, 640. — Nævi, *Squire*; érythème noueux, *Campana*, 641.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

Syphilisation, *Auzias Turenne*, 641. — Syphilis héréditaire, *Behrend*, 642; *Lazansky*, 643; *Laschewitz*, 644. — Syphilis vaccinale, *Rienecker*, 645. — Lésions des dents dans la syphilis, *Blache*; syphilis chez deux jumeaux, *Krowczynski*; syphilis des vieillards, *Dulac*, 647. — Syphilis cérébrale, *Troisier*, *Bastard*, 648; *Caizergues*, *Mauriac*, 649. — Syphilis pulmonaire, *Vierling*, *Langerhans*, 631; *Fournier*, 652. — Syphilis médullaire, *Bastard*, 652. — Plaques muqueuses, *Cornil*; végétation, *Leloir*, 653. — Phagédénisme, *Thiry*, 654. — Injections de sublimé, *Maldenbaum*, 655. — Fumigations mercurielles, *Paschkis*, 656.— Rhumatisme blennorrhagique, *Leloir*; endocardite blennorrhagique, *Moret*, 657. — Traitement de l'orchite, *Horand*, 65.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Epilepsie, *Luciani*, 658; *Martin*, *Tamburini*, 661. — Influence de la manie sur certaines maladies, *Snell*, 661. — Influence de la variole sur la folie, *Sepilli*, *Maragliano*, 662. — Homicides par aliénés, *Blanche*; folies raisonnantes, *Legrand du Saulle*, 663. — Mélancolie religieuse, *Schramm*, 664.— Paralysie générale, *Baillarger*, *Christian*, *Cullerre*, 665; *Doutrebente*, 666. — Lésions de la moelle dans la folie, *Atkins*, 666; *Westphal*, 667. — Microcéphalie, *Wille*, 668.

PATHOLOGIE EXTERNE ET CLINIQUE CHIRURGICALE.

Leçons, *Gosselin*, 669. — Néoplasme des ganglions, *Humbert*, 675. — Température des néoplasmes, *Cauchois*, 676. — Adénite prérectale, *Lannelongue*, fibrome aponévrotique, *Nicaise*, 677. — Lésions chirurgicales dans les fièvres continues, *Keen*; kystes de la mâchoire, *Herbert*, 678; *Heath*, 679. — Fracture de la mâchoire, *Decrossas*; contusion du thorax, *Schwartz*, 680. — Fracture des côtes, *Hird*, 681. — Plaie de poitrine, *Polaillon*; plaie du cœur,

Gibney, 682. — Fracture du sphénoïde, *Collins;* luxation, *Pellier*, 683. — Ectopie testiculaire, *Annandale*, 684. — Orchite ourlienne, *Laveran;* fistule rénale, *Post*, 686. — Splénite, *Mathon*, 686.

OPHTHALMOLOGIE.

Traité, *Abadie*, 686. — Optique, *Badal;* Structure de l'humeur vitrée, *Albini*, 689. — Myopie scolaire, *Ott*, 690. — Ophthalmie sympathique, *Reclus*, 691; *Vigneaux*, 693; *Cras*, 694. — Ruptures de la choroïde, *Becker*, 695. — Amblyopies toxiques, *Horner*, 697; *Lespille-Moutard*, 698. — Cataracte, *Hirschberg*, *Vibert*, 699. — Rétinite albuminurique, *Macnamara;* paralysie oculaire, *Alexander*, 700. — Kératocone pannus, *Panas*, 701. — Ophthalmies diabetiques, *Galezowski*, *Coursserant*, zona ophthalmique, *Pacton*, 702. — Emploi de l'ésérine et du jaborandi, *Schmidt-Rimpler*, 703; *Jonoli*, 704; *Béranger*, 705. — Sarcome de l'orbite, *Wolfe;* aphakie traumatique, *Delacroix*, 705.

MALADIES DES OREILLES, DU NEZ ET DU LARYNX.

Douche pharyngée, *Weber-Liel*, 706. — Angine folliculeuse, *Bœck;* rétrécissement du larynx, *Sommerbrodt*, 707. — Spasme de la glotte, *Cohen;* œdème du larynx, *Smith*, 709. — Paralysie laryngée, *Gerhardt;* vertige laryngé, *Gasquet*, 710. — Hémorrhagie laryngée, *Sommerbrodt;* herpès du larynx, *Fernet*, 711. — Surdi-mutité, *Mayr*, 712. — Fonctions de la trompe, *Lucæ*, *Hartmann*, 713. — Action du tenseur tympanique, *Hensen;* sensibilité de l'ouïe, *Hartmann*, 714. — Otalgie, *Richard;* bourdonnements d'oreilles, *Green*, 715. — Pression intra-labyrinthique, *Morisset*, *Poosten*, 716. — Otalgie dans le mal de Brigth, *Pissot*, 717. — Myringoplastie, *Berthold*, 718. — Ostéomes auriculaires, *Delstanche*, 719 — Corps étranger de l'oreille, *Schalle;* atrésie du conduit auditif, *Bremer*, 720. — Otite des fièvres éruptives, *Buck*, 721.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE ET MÉDECINE OPÉRATOIRE.

Transfusion, *Brown-Séquard*, 721; *Pepper*, *Giommi*, 722. — Anesthésie, *Mills*, *Perrin*, 723. — Hémostase, *Wolf*, 723; *Gould*, *Davy*, 724. — Vomissements des opérés, *Verneuil;* névrotomie *Fieber*, 725. — Extension des nerfs, *Masing*, 727. — Autoplastie buccale, *Gussenbauer;* bec-de-lièvre, *Lund*, 728. — Adénites du cou, *Obissier;* genu valgum, *Riedinger*, *Thiersch*, *Kolaczek*, 729. — Résection, *Reverdin*, 730; *Schede*, *Trendelenburg*, 731. — Pseudarthroses, *Patterson*, 732. — Amputation, *Jacobson;* toucher rectal,

Braune, 733. — Hernie, *Hunter*; anus, artificiel, *Labbé*; résection de l'intestin, *Gussenbauer*, 734. — Extirpation de la verge, *Cabadé*, 735.

HYGIÈNE ET MÉDECINE MILITAIRES.

Armée hollandaise, *Doring*, 736. — Service de santé anglais, 738. — Plaie d'épaule par armes à feu, *Ernesti*, 739. — Plaies du genou, *Bergmann*, 740. — Ostéomes des recrues, *Seydeler*, 741. — Accidents produits par la chaleur dans les marches, *Demmler*, *Sevestre*. — Bain par aspersion, *Haro* 743.

REVUE GÉNÉRALE.

Anévrysmes de l'aorte, *Sevestre*, 734.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Page 756.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

ANATOMIE.

Beitrag zur Kenntniss der Kreislaufsverhältnisse der Säugethierlunge (Recherches sur la circulation pulmonaire des mammifères), 2 planches, par KÜTTNER (*Archiv für path. Anat. und Phys., t. LXXIII, p.* 476).

Ce volumineux mémoire fait suite à celui qui a été publié en 1875 (*R. S. M.*, V, 37.) Il contient un très-grand nombre de recherches et se divise en deux parties :

I. Anatomie. — Pour bien étudier la circulation du poumon, la méthode des injections est la meilleure. L'auteur emploi la gélatine ou la glycérine comme véhicule des substances colorantes, en ayant soin de faire passer 1/4 d'heure auparavant une solution de 1/2 à 1 0/0 de nitrate d'argent dans l'artère bronchique de l'animal fraîchement tué. En opérant ainsi, le contenu des capillaires se trouve coagulé, et empêche l'injection de passer de l'un des systèmes dans l'autre La méthode de la corrosion n'est utile que pour l'étude des détails.

Les poumons qui se prêtent le mieux aux recherches sur la circulation sont ceux du nouveau-né. On choisira de préférence le bord tranchant des lobes qui ne nécessite pas une préparation compliquée. Il est nécessaire avant toute injection de faire passer dans les bronches une certaine quantité d'eau ou d'alcool de manière à ramener l'organe à son volume normal, sans quoi les meilleures injections perdent toute leur valeur.

Après avoir indiqué les nombreuses divergences qui existent dans la science au sujet de l'origine et de la distribution des artères et veines pulmonaires et bronchiques, l'auteur expose le résultat de ses recherches.

1° *L'artère pulmonaire* se distribue en grande partie aux lobules et aux alvéoles pulmonaires : elle fournit quelques rameaux à la muqueuse bronchique. Elle accompagne constamment la bronche et ses subdivisions sont toujours accolées à la partie saillante des alvéoles pulmonaires. Comme particularité, l'auteur signale la naissance d'artérioles minuscules de troncs relativement épais. Les capillaires nés de la division de l'artère pulmonaire ne se réunissent pas tous en tronc veineux : généralement ils communiquent largement entre eux et les artérioles avoisinantes, et comme dit Hyrtl « le réseau capillaire de tous les lobules communique étroitement par anastomose. » — Il n'y a pas d'anastomose artérielle vraie entre les artérioles de second ordre, mais bien entre les gros troncs artériels : il est vrai que les capillaires déjà naturellement très-larges et très-courts jouent facilement le rôle d'anastomoses.

2° *La veine pulmonaire*, contrairement à l'artère, circule dans les dépressions du lobule : en d'autres termes, « la veine est interlobulaire, l'artère intralobulaire. » Son caractère principal est de former de volumineux plexus dans lesquels se jettent des vaisseaux relativement courts et fins : parmi ces derniers beaucoup de capillaires provenant des bronches.

3° *Les vaisseaux bronchiques*, dont on peut distinguer quatre sortes :

A) Les vaisseaux qui viennent de l'aorte. — Les troncs principaux des artères bronchiques se distribuent aux bronches. A l'alvéole, il n'existe plus qu'un réseau capillaire étroitement lié à celui de l'artère pulmonaire. Les rares branches latérales de ces artères vont au tissu cellulaire sous-muqueux, à celui qui entoure les bronches et les vaisseaux, etc. : quelques-unes se répandent sur les alvéoles voisines qu'elles entourent d'un réseau capillaire.

Les branches qui arrivent au poumon par le médiastin se distribuent à la plèvre, au tissu cellulaire interlobulaire, aux lymphatiques de la région, mais finissent aussi par se résoudre en réseaux capillaires sur les alvéoles.

Les artères pleurales et bronchiques sont anastomosées entre elles et avec les branches de l'artère pulmonaire.

B) Les vaisseaux qui viennent de l'artère pulmonaire. — Ils pénètrent jusqu'à la membrane basilaire sans distribuer de ramuscules spéciaux aux parois extérieures des bronches et forment dans le plan sous-épithélial un réseau capillaire très-serré avec les rares rameaux qui proviennent de l'artère bronchique.

C) Les vaisseaux qui vont aux veines pulmonaires proviennent en partie de la muqueuse bronchique, et surtout du réseau capillaire des infundibula.

D) Les vaisseaux qui vont à la veine azygos et à la veine cave supérieure, proviennent des portions les plus externes de la paroi bronchique, des réseaux capillaires sous-pleuraux et interlobulaires.

Il résulte de cet exposé anatomique que l'artère pulmonaire ne saurait être considérée comme « artère terminale » et l'auteur a jugé ce point assez important en théorie comme en pratique pour reprendre une à une les expériences de Cohnheim et Litten (*R. S. M.*, VII, 525).

II. Partie expérimentale. — Les expériences de l'auteur se divisent naturellement en 3 groupes.

1° *Ligature simple* de divers vaisseaux pulmonaires sans injection ou infusion de liquides colorants. Dans les poumons où on lie le tronc principal de l'artère pulmonaire on observe bientôt une congestion hémorrhagique et même des infarctus. Si l'on comprend dans la même ligature les deux veines qui accompagnent l'artère, la congestion est encore bien plus marquée, ce qui démontre que le poumon, malgré la ligature de ses vaisseaux, continue à recevoir du sang en abondance, probablement par l'artère bronchique.

La même ligature peut comprendre la bronche, c'est-à-dire les artères bronchiques provenant de la première artère intercostale, et comme dans ces cas le sang continue à affluer au poumon il faut en conclure que c'est par l'intermédiaire des artérioles des séreuses (plèvre, péricarde, médiastin).

2° Ligature des vaisseaux pulmonaires avec *injection simultanée de solution d'aniline* dans le sang de l'animal vivant. Le résultat général est en opposition avec celui obtenu par Cohnheim et Litten. Quelle que soit la manière d'expérimenter, le résultat est que le poumon dont l'artère est liée contient des particules colorées, mais en abondance moindre que celui du côté opposé ; ce qui confirme d'une manière évidente le transport par l'artère bronchique.

3° Ligature des vaisseaux pulmonaires avec *injection de cinabre* dans la veine jugulaire. Ces expériences ont été faites avec une suspension de cinabre anglais très-fin dans de la gélatine ; on pouvait reprocher aux précédentes que les sels d'aniline sont susceptibles de se diffuser dans les tissus. En suivant une méthode spéciale dont il faut lire la description dans le mémoire même, Küttner arrive à constater encore « que la substance colorante se trouve répandue non-seulement dans les branches de l'artère bronchique, mais aussi dans les branches et le tronc ligaturé de l'artère pulmonaire, dans les capillaires des parois des alvéoles, et dans les veines pulmonaires. »

En terminant, l'auteur insiste sur la concordance parfaite de ses recherches anatomiques et expérimentales. Il est donc bien avéré que l'artère pulmonaire n'est pas une artère terminale, non pas qu'il existe entre elle et les vaisseaux avoisinants d'anastomose importante, mais parce que les capillaires sont faits de telle façon qu'ils permettent très-facilement la formation d'anastomoses temporaires.

Il est à regretter que Küttner n'ait pas cherché à nous expliquer d'où pouvait provenir le désaccord qui existe entre ses résultats et ceux obtenus par les habiles expérimentateurs qu'il combat. C. ZUBER

Die Gestalt des Bronchialbaumes und die Homologie der Lungenlappen beim Menschen (Forme de l'arbre bronchique et homologie des lobes pulmonaires chez l'homme), par Ch. AEBY (*Centralbl. f. d. medicin. Wissensch.*, 1878, *p.* 289).

Ces recherches ont été faites au moyens d'injections de l'arbre bronchique avec un alliage fusible. L'auteur en conclut que le lobe supé-

rieur du poumon droit ne doit pas être regardé, au point de vue morphologique, comme l'équivalent du lobe supérieur gauche, mais bien comme une formation spéciale propre au poumon droit et qui manque absolument de l'autre côté. L'homologue du lobe supérieur gauche est le lobe moyen; les deux lobes inférieurs se correspondent exactement l'un à l'autre. La symétrie bilatérale complète des divisions bronchiques ne saurait laisser de doutes à cet égard. Au contraire les ramifications du lobe supérieur droit constituent un système à part surajouté à la bronche de ce côté. G. HOMOLLE.

Capsula interna des Gehirns (Capsule interne du cerveau), par P. FLECHSIG (*Bericht der Münchener Naturf. Vers., p.* 226, 1877).

L'étude de la formation des tubes nerveux à myéline permet de distinguer dans la capsule interne plusieurs systèmes de fibres. Sur les fœtus humains, qui conviennent particulièrement à ce genre de recherches, on distingue trois groupes de fibres à gaîne médullaire et un plus grand nombre qui en sont dépourvus. Au premier ordre appartiennent un faisceau situé au bord externe de la couche optique, un autre à la partie interne du noyau lenticulaire où il forme comme la corde de l'arc que représente la lame médullaire interne, le troisième, de forme elliptique sur les coupes transversales, occupe le tiers postérieur de la capsule interne dans toute sa largeur et se met en rapport successivement avec les premier, second et troisième segments du noyau lenticulaire. Il se prolonge en bas dans le troisième quart (de dedans en dehors) du pied du pédoncule et enfin dans les pyramides. Quant aux fibres sans myéline, elles naissent des lames médullaires du noyau lenticulaire, traversent la capsule interne et se rendent, en passant au-dessus, au-dessous ou à travers du corps de Luys, dans la région supérieure du pédoncule cérébral (région subthalamique de Forel). G. HOMOLLE.

Recherches sur l'origine réelle des nerfs crâniens, par Mathias DUVAL (*Journ. de l'anat. et de la physiol. de Ch. Robin et G. Pouchet, juillet* 1878).

Ce mémoire fait suite à ceux que nous avons précédemment analysés (*R. S. M.*, t. X, p. 12, et t. XI, p. 409); il est entièrement consacré à l'étude des origines du nerf pathétique et de la racine supérieure du trijumeau. Les nerfs pathétiques ont pour noyaux propres des amas de substance grise situés de chaque côté de la ligne médiane, dans la couche la plus profonde de la substance grise qui forme le plancher de l'aqueduc de Sylvius ; si on suit le nerf vers son émergence, on le voit sortir de son noyau, se diriger d'abord transversalement en dehors, puis d'avant en arrière, parallèlement à l'axe du système nerveux, puis s'infléchir brusquement en dedans, pour s'entre-croiser, dans la valvule de Vieussens, avec son congénère, et enfin émerger du côté opposé. Ce nerf présente donc, dans son trajet en fer à cheval, une portion moyenne, longitudinale; cette portion offre des rapports très-intimes de contiguïté avec la racine ascendante du trijumeau; elle est en effet croisée par cette racine, qui, de la région de l'étage supérieur de la pro-

tubérance, se porte dans la région du bord interne des tubercules quadrijumeaux. — Une étude historique et critique est consacrée à montrer comment la plupart des anatomistes, et notamment Stilling, ont rattaché au pathétique des fibres qui appartiennent uniquement au trijumeau, dont elles constituent la racine supérieure. A. C.

Ueber den sogenannten Facialis-Abducenskern (Sur le prétendu noyau commun du facial et du moteur oculaire externe), par R. GOWERS (*Centralbl. f. die medicin. Wissenschaft, p.* 417, 8 *juin* 1878).

Le noyau gris qui est situé dans le plancher du quatrième ventricule, au-dessous de l'eminentia teres, est considéré comme l'origine commune du facial et du moteur oculaire externe. On suppose que les fibres du facial qui sortent du noyau commun ont leur origine dans les cellules mêmes de ce noyau.

Un bulbe présentant une dégénération totale des deux nerfs de la sixième paire a fourni à l'auteur l'occasion d'étudier les rapports du noyau avec les deux nerfs.

On ne pouvait reconnaître aucune fibre appartenant au moteur oculaire externe (la paralysie des droits externes était ancienne et complète); au contraire, les nerfs faciaux étaient absolument normaux. Les quelques cellules encore reconnaissables étaient plus petites qu'à l'état normal et avaient perdu leurs prolongements.

Des fibres normales, en nombre assez considérable, isolées ou groupées en faisceaux, traversaient le noyau dégénéré; c'étaient les fibres du facial, qui, par conséquent, n'affecte avec l'origine de la sixième paire aucune relation directe. G. HOMOLLE.

Ueber die anatomische Grundlage des Stirnkopfschmerzes (Du siége anatomique de la céphalalgie frontale), par H. LOEWE (*Deuts. Ztsch. f. prakt. Med.*, n° 35, 1877).

L'auteur décrit chez le lapin la présence d'un ganglion, situé à la face interne de la pie-mère, au voisinage des lobes olfactifs; ce ganglion visible à l'œil nu comme un point blanchâtre, est formé de cellules nerveuses, arrondies, sans prolongements, enchaînées chacune dans une gaîne conjonctive propre, formée par le tissu de la pie-mère. C'est dans ces ganglions, dont il suppose l'existence chez l'homme, que Lœwe place le siége de la céphalalgie frontale. H. T.

Fortgesetze Studien über die Endigungsweise der Geruchnerven (Suite aux recherches sur la terminaison des nerfs olfactifs), par S. EXNER (*Sitzb. d. k. Ak. d. Wiss. Wien., t. LXXVI, p.* 171-221, 1877.)

Dans des mémoires antérieurs (1870 et 1872), Exner avait montré qu'il n'y a pas de différence fondamentale entre les cellules épithéliales et les cellules olfactives de Max Schultze, et qu'on trouve tous les intermédiaires entre les unes et les autres. De nouvelles recher-

chez lui ont paru confirmer l'exactitude de ses premiers travaux.

Sur les cyclostomes (Petromyzon et Lamproie) il n'y a pas deux sortes de cellules dans la tache olfactive, cependant ces vertébrés ont un odorat assez délicat. Toutes les cellules de leur muqueuse olfactive affectent des formes très-analogues ; on ne peut dire qu'elles aient un type, et les figures que donne Exner montrent bien qu'il y a tous les degrés intermédiaires. Chez certains petromyzon (P. Marinus) il y a bien deux rangées de cellules différentes, mais ce fait est plutôt contraire à l'opinion de Schultze, car les cellules dites olfactives du P. Marinus ont un prolongement plus épais que celui des cellules épithéliales, et enfin leur noyau est plus bas que le noyau des cellules épithéliales. Or chez les autres animaux, c'est le contraire qui a toujours été constaté.

En étudiant les travaux des divers auteurs qui ont appuyé l'opinion de Schultze (Grimm, Langerhans, Brunn, etc.), Exner trouve une contradiction constante : ils disent tous qu'entre les cellules épithéliales et les cellules olfactives, on trouve tous les types de transition, et cependant, ces auteurs admettent comme un dogme la conception de Schultze sur la dualité des cellules de la tache olfactive.

Le développement de l'épithélium olfactif des batraciens montre qu'au début les cellules épithéliales sont tout à fait analogues aux cellules olfactives, et que par conséquent les cellules olfactives doivent être considérées comme les cellules épithéliales jeunes et en voie de développement.

Si on détruit chez les grenouilles le nerf olfactif, toutes les cellules dégénèrent et se chargent de gouttelettes graisseuses, aussi bien les cellules épithéliales que les cellules olfactives. Au bout de deux mois tous les prolongements de toutes les cellules ont diminué de longueur et le processus est également rapide dans les deux sortes de cellules. Chez le lapin, la section du nerf olfactif ne donne que des résultats peu satisfaisants, car les cellules sont graisseuses à l'état normal.

Enfin Exner confirme son assertion antérieure, que les deux variétés de cellules sont unies aux terminaisons ultimes des nerfs olfactifs.

CHARLES RICHET.

Neue Ursprungsstelle der Sehnerven (Nouveau point d'origine des nerfs optiques), par J. STILLING (*Centralbl. f. die medicin. Wissensch.*, 1er *juin* 1878, *p.* 385).

D'après les recherches de l'auteur sur l'origine centrale des nerfs optiques, une grande partie des fibres naîtraient d'un gros noyau situé dans le pied du pédoncule cérébral, au point où, sur les coupes, on cesse de voir la substance noire. Le noyau, d'après sa forme, pourrait être appelé amygdaliforme. Les fibres qui y pénètrent font un coude avec leur direction primitive. Tout indique qu'il faut voir dans ce noyau un ganglion approprié à des excitations réflexes.

G. HOMOLLE.

Preuve expérimentale du croisement incomplet des fibres nerveuses dans le chiasma des nerfs optiques : section longitudinale et médiane du chiasma non suivie de cécité. Note de NICATI (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 10 *juin* 1877).

L'opinion classique d'un croisement incomplet des fibres nerveuses optiques dans le chiasma a été, dans ces derniers temps, battue en brèche et par des anatomistes, et par des physiologistes, qui, comme Brown-Séquard et Beauregard, opérant sur des oiseaux, des lapins, ou des cochons d'Inde, ont constaté la production d'une cécité complète après la section médiane antéro-postérieure du chiasma. — Reprenant ces expériences sur le chat, et pénétrant dans la cavité crânienne par la bouche, à travers les os de la base, M. Nicati a obtenu des résultats tout à fait différents : les animaux à chiasma sectionné sur la ligne médiane ont pu continuer à se conduire sûrement et donner les preuves les plus diverses de l'existence de la vision. Le chiasma serait donc, chez le chat, formé par une décussation incomplète des nerfs optiques; il en serait de même chez l'homme; cette décussation serait au contraire complète chez le lapin, le cochon d'Inde et les oiseaux : et en effet, le chiasma de l'homme et du chat est très-développé en largeur, ce qui correspond à ce fait que nerfs et bandelettes optiques se joignent au chiasma sous un angle très-obtus, contrairement à ce qui a eu lieu pour le lapin et le cochon d'Inde. MATH. DUVAL.

Zur sogen. Semidecussation der Opticusfasern (De la semidécussation des fibres du nerf optique), par P. BAUMGARTEN (*Centralbl. f. d. medicin. Wissensch.*, *p.* 561, 1878).

L'auteur a eu l'occasion d'étudier un cas de dégénération secondaire des fibres du nerf optique, consécutivement à l'énucléation du globe oculaire droit pratiquée sept ans auparavant. Le tronc du nerf optique avait dans sa totalité subi la dégénération grise ; mais celle-ci ne paraissait pas, à la simple vue, atteindre l'angle postérieur du chiasma. Cependant la dissection microscopique de la pièce fit voir que l'altération caractérisée par une disparition absolue de la myéline atteignait, sur une largeur de plusieurs millimètres, les deux bandelettes optiques ; sur les coupes on pouvait reconnaître une traînée grêle sans myéline dans le segment supérieur et externe de la bandelette du côté droit et dans le segment inférieur et interne du côté gauche (opposé à la lésion).

G. HOMOLLE.

Nuovi studi sulla tessitura intima della retina degli uccelli (Nouvelles recherches sur la texture de la rétine des oiseaux), par Alessandro TAFANI (*Brochure in-8° avec une planche en chromolith. Florence*, 1878).

Les recherches de l'auteur ont eu surtout pour but d'élucider la question encore controversée de la nature des éléments qui entrent dans la composition de la couche granuleuse interne : elles ont été pratiquées

sur la rétine de la poule et ont conduit aux résultats suivants :

Dans la couche granuleuse interne de la rétine de la poule on trouve trois espèces différentes de cellules. De ces trois espèces, deux sont de nature nerveuse, tandis que la troisième est de nature conjonctive. Les cellules conjonctives sont des cellules plates, appliquées sur les fibres radiées et se comportant vis-à-vis de ces fibres comme se comportent les cellules endothéliales qui sont appliquées sur le stroma conjonctif dans les ganglions lymphatiques.

Les cellules nerveuses sont de deux espèces : les unes sont petites, analogues à celles qu'on rencontre dans la substance corticale du cervelet : les autres sont plus volumineuses, disposées en série le long du bord interne de la couche granuleuse et envoient des prolongements dirigés vers la membrane de Hannover et vers la couche moléculaire : les prolongements dirigés vers l'extérieur s'accolent aux fibres radiées et les accompagnent jusqu'à la membrane intermédiaire où elles se terminent.

A. PITRES.

Sulla structura del midollo spinale nel feto (Structure de la moelle épinière du fœtus), par BUFALINI (*Lo Sperimentale, septembre* 1878).

Cette note concerne le développement de la moelle que l'auteur a étudié, en employant pour ses recherches le procédé de Golgi (action combinée du bichromate de potasse et du nitrate d'argent). Ses observations ont été faites sur des moelles de porc, de mouton et de veau, ayant atteint le deuxième ou le quatrième mois environ de la vie intra-utérine. A cette époque, la moelle se compose des cordons antéro-latéraux et postérieurs de substance blanche, des cornes grises antérieures et postérieures ; des sillons médians antérieurs et postérieurs, du canal médullaire et parfois des commissures. L'écorce de la moelle présente déjà un stroma connectif dense qui la protége, et les cordons blancs ont un stroma interstitiel serré, à peu près semblable à celui de la moelle adulte. Les fibres nerveuses sont souvent visibles à la fin du premier tiers de la vie fœtale, entre les mailles du stroma connectif. Les cornes grises antérieures possèdent déjà presque toutes leurs cellules motrices, lesquelles autant par leur forme que par leur composition, sont semblables à celles de la moelle adulte, et sont contenues dans un stroma embryonnaire très-délicat. Enfin, le canal médullaire présente un épithélium et un stroma de soutènement caractéristique.

F. BALZER.

De la méthode de l'or et de la terminaison des nerfs dans le muscle lisse, note de L. RANVIER (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 6 *mai* 1878).

Le meilleur procédé pour étudier les dernières ramifications des nerfs par l'usage des sels d'or consiste à employer la méthode suivante : le fragment de tissu est plongé pendant cinq minutes dans du jus de citron fraîchement extrait et filtré ; il est mis ensuite pendant quinze à vingt minutes dans une solution de chlorure d'or à 1 pour 100, puis dans de l'eau distillée acidulée par quelques gouttes d'acide acétique ordinaire. Deux ou trois jours après, lorsque sous l'influence de la lumière et du milieu

légèrement acide, la réduction de l'or s'est opérée, on obtient des préparations où les fibrilles nerveuses sont parfaitement dessinées.

On constate par ce procédé que les fibres nerveuses motrices des muscles lisses vont se perdre à la surface des cellules musculaires en s'épanouissant et formant une arborisation terminale minuscule et mal dessinée, à laquelle on pourrait donner le nom de *tache motrice*.

M. DUVAL.

Terminaisons nerveuses dans les muscles de la langue et dans sa membrane muqueuse, par Paul LANNEGRACE (*Thèse d'agrégation, Paris*, 1878).

L'étude de la terminaison des nerfs dans les muscles de la langue n'avait encore été faite par aucun histologiste, aussi M. Lannegrace a-t-il dû entreprendre des recherches personnelles sur ce sujet. Il a constaté que les organes terminaux des nerfs moteurs n'offrent aucune particularité spéciale, mais que les muscles de la langue sont de tous les muscles de l'économie les plus riches en fibres nerveuses.

Après avoir passé rapidement sur les terminaisons des nerfs de la sensibilité générale, l'auteur s'étend avec détails sur la structure des papilles gustatives chez l'homme et les autres vertébrés. Ces organes sont essentiellement constitués : 1° par des cellules épithéliales (*cellules gustatives*) qui se sont nettement différenciées du revêtement épithélial de la langue, se font remarquer par la mollesse et la délicatesse de leur structure, et présentent une analogie frappante avec les cônes et les bâtonnets de la rétine ou de la muqueuse olfactive ; 2° par des filaments nerveux terminaux, pâles, placés immédiatement au-dessous de l'épithélium. Il n'est pas encore bien prouvé qu'il y ait continuité entre l'élément nerveux et l'élément épithélial.

Abordant l'étude de la distribution des nerfs dans la langue et de leurs fonctions, M. Lannegrace, après avoir exposé et discuté les expériences anciennes et les plus récentes relatives à la physiologie de ces nerfs, arrive à formuler les conclusions suivantes :

Nerfs moteurs. — Le grand hypoglosse est un nerf moteur de la langue; l'anastomose qu'il reçoit de la première paire cervicale fournit des filets moteurs à la langue.

Le glosso-pharyngien tient sous sa dépendance les contractions des piliers du voile du palais.

Le lingual ne possède pas de filets moteurs.

Le facial préside dans une mesure très-faible à la contraction du muscle stylo-glosse.

Les fibres de la corde du tympan se rendent, en partie du moins, aux faisceaux musculaires de la langue; mais elles n'agissent qu'en l'absence du fonctionnement du nerf hypoglosse.

Nerfs sensibles. — L'hypoglosse, ordinairement insensible à son origine, devient sensible au dehors du crâne; il possède une sensibilité directe et une sensibilité récurrente, dues soit aux anastomoses avec la pneumogastrique ou le plexus cervical, soit avec le lingual. La section des hypoglosses ne paraît pas diminuer la sensibilité générale ou gustative de la langue.

Le glosso-pharyngien préside à la sensibilité gustative et plus spécialement à la perception des amers dans la partie postérieure de la langue, Il n'est pas le seul nerf gustatif, mais il est le nerf du goût par excellence. Il donne avec le pneumogastrique la sensibilité de la base de la langue.

Le lingual mixte (qui a reçu la corde du tympan) préside à la sensibilité générale et à la sensibilité gustative de la langue dans les deux tiers antérieurs, mais il ne préside que pour une faible part à la perception des saveurs.

La corde du tympan possède des filets gustatifs, de plus elle exerce sur le goût une influence indirecte, grâce aux modifications qu'elle détermine dans la circulation de la partie antérieure de la langue.

M. Lannegrace termine son travail en donnant les diverses hypothèses émises sur l'origine de la corde du tympan. F. HENNEGUY.

I. Anatomie et développement des parties molles de l'oreille interne, par P. COYNE (*Thèse d'agrégation, Paris*, 1876)

II. Études histologiques sur le labyrinthe membraneux et plus spécialement sur le limaçon chez les reptiles et les oiseaux, par F. MEYER (*Thèse de Strasbourg*, 1876.)

I. — Le premier travail est un aperçu d'ensemble des opinions émises sur la texture et la structure de cette partie si intéressante de l'oreille interne.

L'auteur commence par étudier le vestibule membraneux dont la paroi interne seule est en rapport direct avec le périoste du vestibule osseux, en s'appuyant sur les travaux les plus récents de Kölliker et Rüdinger.

Ce vestibule comprend les 2 portions bien connues déjà sous le nom de saccule et d'utricule, le premier en rapport par le *ductus cochlearis*, le limaçon ; le second, recevant les 5 embouchures des canaux demi-circulaires.

Tous deux sont munis d'une tache acoustique (macula acoustique) qui est le développement des 2 nerfs utriculaire et sacculaire.

Les canaux semi-circulaires membraneux fixés dans les parties osseuses correspondantes à l'aide de brides fibreuses, résistantes surtout chez le rat, aboutissent aux ampoules décrites par tous les auteurs. Ces ampoules, au nombre de 3, sont munies de crêtes acoustiques où viennent se terminer les tubes nerveux. La face interne des canaux semi-circulaires se distingue de la face interne des ampoules par la présence des végétations papillaires décrites comme physiologiques par Rüdinger et Voltolini, comme pathologiques par Lucæ.

La couche interne du vestibule et des canaux demi-circulaires est formée par une lame d'épithélium pavimenteux. Au niveau des taches auditives et des crêtes acoustiques ainsi qu'au niveau du planum circulare (Steifensand) existe un épithélium dit *nerveux*, constitué par des cellules cylindriques et des cellules fusiformes ciliées la plupart (Ebner, Ecker, Leydig, Max Schultze).

La strie centrale des cellules fusiformes et le cil ne seraient autres que le prolongement du cylindre-axe.

L'utricule s'ouvre par un petit canal dans l'aqueduc du vestibule (recessus des Allemands), de même que le saccule.

D'après Hasse et Bœtcher, le recessus ne serait autre qu'un espace lymphatique, communiquant avec l'espace épicérébral et qui, chez beaucoup de vertébrés, contiendrait des otolithes, de même que l'endolymphe contenue dans les cavités labyrinthiques.

Le *canalis reuniens* de Hensen conduit de l'intérieur du saccule dans la cavité du canal spiral du limaçon.

La seconde partie de ce travail comprend l'étude du limaçon membraneux contenu dans le limaçon osseux.

Il se compose de la columelle ou cône central creux autour de laquelle s'enroule le canal cochléaire. Celui-ci est divisé en deux étages, un externe et un interne, par la lame spirale, osseuse en dedans, membraneuse en dehors.

Un étage communique avec le vestibule, rampe vestibulaire, l'autre avec la cavité tympanique, au niveau de la fenêtre ronde, rampe tympanique.

Ce qui est surtout intéressant dans l'étude du limaçon, c'est la portion membraneuse feuilletée qui, partant de la columelle, se dirige vers la paroi du canal cochléaire opposée. Cette portion membraneuse, lame spirale membraneuse, est formée de 3 membranes : la membrane basilaire, la membrane de Corti et celle de Reissner. Les 2 premières limitent le canal de Corti et la troisième le canal de Lœvenberg.

C'est au niveau de l'insertion de la lame spirale sur la columelle que se trouve le sillon spiral interne et la protubérance de Hushke.

C'est par le sillon spiral interne qu'arrivent les fibres nerveuses émanées du ganglion de Rosenthal.

On nomme bandelette sillonnée, cette bandelette interrompue par la membrane basilaire qui va de la protubérance de Huschke en dedans, vers le ligament spiral externe, qui n'est autre qu'un épaississement du périoste qui tapisse la paroi opposée à la columelle.

La membrane basilaire est, de toutes, la plus importante ; formée de 2 zones, la zone lisse interne et la zone striée externe.

Le canal, limité en haut par la membrane de Corti, en bas par la membrane basilaire, en dedans par le sillon spiral interne, et en dehors par l'externe, est presque complétement rempli par l'organe de Corti. Cet organe est formé de deux piliers constituant une arcade : un externe et un interne ; il sont munis, à leur base, de cellules, dites basilaires, à noyau résistant.

La lame réticulée ou de recouvrement recouvre les piliers externes de Corti et s'étend vers le dehors.

Outre les cellules basilaires, nous trouvons annexées à la membrane basilaire d'autres cellules, celles de Claudius et celles de Deiters et de Corti qui sont ciliées.

Les fibres nerveuses du nerf cochléaire vont aborder le ganglion spiral de Rosenthal.

Du ganglion spiral, les fibres à double contour pénètrent dans le système canaliculaire de la lame spirale et vont se terminer sur la lame basilaire sous forme de fibres radiaires qui se rendent dans les cellules ciliées de Corti (Waldeyer) en passant sous les arcades.

L'appareil auditif débute par une vésicule auditive à laquelle s'adjoignent d'abord les canaux demi-circulaires, puis un aqueduc, le plus souvent atrophiés, et plus tard un limaçon dont le perfectionnement est d'autant plus grand, que l'animal est plus élevé dans la série.

II. — Le travail du docteur Paul Meyer est basé sur une étude approfondie de l'oreille interne des divers vertébrés.

La compétence de l'auteur au point de vue histologique et l'originalité de ses recherches lui donnent un cachet de supériorité incontestable.

Dans les deux premières parties de l'ouvrage, on trouve la description anatomique et histologique détaillée de l'appareil labyrinthique des reptiles et des oiseaux.

Il se compose de deux portions, une *pars superior*, formée par l'utricule et les canaux semi-circulaires et leurs ampoules, et une *pars inferior* formée du saccule et du limaçon. L'on assiste, à mesure que l'on monte des reptiles vers les oiseaux, au progrès de l'organisation du labyrinthe membraneux.

Tandis que la *pars superior* prédominait chez les reptiles, la *pars inferior*, composée du limaçon et de son saccule, prédomine déjà chez l'oiseau. Une partie de la cochlée, la *lagena*, diminue d'importance chez ces derniers, et n'est plus représentée que par l'*hélicotréma* ou portion la plus extrême du cône limacéen, chez le mammifère et chez l'homme. La *lagena* qui est chez les vertébrés inférieurs une partie considérable du limaçon est munie d'une macule auditive, de même que la membrane basilaire. C'est là que l'on trouve le névro-épithélium de Max Schultze, que l'auteur a décrit d'une façon remarquable, et figuré à l'aide de dessins, faits d'après les coupes microscopiques. Ce névro-épithélium est composé de deux sortes de cellules, les unes cylindriques, les autres fusiformes en connexion avec des tubes nerveux. La dernière porte un cil unique et assez gros ou des cils soudés ensemble.

Chez l'oiseau, la cellule auditive qui tapisse la membrane basilaire du limaçon est conformée, d'après Waldeyer, dont le docteur Meyer a confirmé les recherches, de la façon suivante :

Chaque cellule polygonale, sur une coupe transversale, est affilée à sa partie centrale, tandis que le plateau de la cellule supporte une touffe de cils qui lui ont fait donner, par Waldeyer, le nom de Haarzelle (cellule à poils). Le plateau légèrement concave, est de la même subtance cuticulaire que la touffe de cils qu'il supporte ; il semble que ces derniers soient transversalement striés.

Les cellules à un cil ou à cils soudés de la lagena seraient comparables aux bâtonnets, celles à touffe de cils de la membrane basilaire aux cônes de la rétine.

Il est incontestable que le cylindre-axe nerveux entre en relation avec les cils des cellules auditives ; l'auteur pense même qu'il se trouve au milieu et les dépasse dans certains cas.

Chez les mammifères, la disposition change, les cellules auditives externes de la membrane basilaire qui constituent la plus grande partie du névro-épithélium acoustique ne sont pas autre chose que des cellules jumelles, des cellules doubles que leurs deux prolongements fixent et immobilisent en les fondant entre la membrane basilaire et la membrane réticulée ou de recouvrement ; elles résultent de la fusion de deux élé-

ments, l'un la cellule de Corti (cellule auditive externe descendante) et l'autre, la cellule de Dieters (cellule auditive externe ascendante).

Les cellules auditives internes sont de simples cylindres comme chez les oiseaux et les reptiles. Elles reçoivent les faisceaux de fibrilles primitives, tandis que les externes reçoivent des fibres très-ténues qui se termineraient au-dessous du plateau en forme de capsule, comparable à un corpuscule du tact (Hensen).

A la suite des recherches histologiques, nous trouvons quelques aperçus physiologiques très-intéressants sur l'appareil de réception de l'audition.

Il semble démontré que le vestibule et les canaux demi-circulaires sont destinés à percevoir les bruits.

Le limaçon est destiné à percevoir les sons (musicaux). L'on a regardé tour à tour comme organe récepteur, les arcs de Corti, la membrane basilaire et les cellules auditives. La dernière théorie, celle qui attribue aux cellules auditives munies de leurs poils, l'importance la plus grande, paraît être la vraie, surtout depuis les recherches de Hensen et de Ranke.

Quant aux otolithes et aux membranes de recouvrement, elles jouent certainement un rôle de sourdine, de façon à modérer les impressions auditives trop violentes. E. SCHWARTZ.

La membrane muqueuse des fosses nasales, par Charles RÉMY (*Thèse d'agrégation, Paris*, 1878).

L'auteur ne s'est pas contenté d'exposer les faits acquis; il a voulu joindre à son travail les résultats de recherches personnelles.

A propos du développement de l'appareil olfactif, M. Rémy donne une théorie nouvelle inédite qui lui a été communiquée par M. Cadiat. La muqueuse des fosses nasales se développe aux dépens du feuillet externe sous forme d'une dépression, puis d'une fente et d'un tube, qui se met en rapport avec un prolongement de la vésicule cérébrale antérieure. Le conduit s'évase en arrière dans une cavité limitée en avant par l'os incisif; cette cavité se sépare plus tard en deux, lors du développement des premiers arcs branchiaux.

L'auteur a pu suivre sur l'embryon le développement du bulbe olfactif, des nerfs qui en partent, et il a vu ceux-ci se mettre en rapport avec la muqueuse. Il a constaté que dans la muqueuse pituitaire de l'homme il n'existe qu'une seule espèce de glande et qu'il n'y a pas de glandes de Bowman. M. Rémy décrit et figure d'après des préparations originales la continuité des filets nerveux avec les cellules épithéliales de la membrane olfactive de l'embryon humain, de l'homme adulte, du chien et de la grenouille ; ses recherches confirment celles de Max Schultze, d'Ecker d'Eckardt, et de Balogh.

La seconde partie de ce travail renferme un exposé assez complet de la physiologie de l'odorat; quelques expériences, faites par l'auteur sur des chiens à qui il détruisait les lobes ofactifs, ont montré que ces nerfs sont les seuls sensibles aux odeurs. F. HENNEGUY.

Recherches histologiques sur l'anatomie normale de la peau de l'homme, par Ch. RÉMY (*Thèse de Paris*, 1878, *et Journ. de l'anat. et de la physiol.*, *mai* 1878).

De cette intéressante étude sur la peau humaine, nous résumerons seulement ce qui a trait au développement des papilles, des glandes sudoripares et des poils.

A) Sur un embryon de 10 centimètres, il n'existe encore aucune trace des papilles; c'est vers le quatrième mois qu'apparaissent ces formations, dues à un enfoncement de l'épiderme dans le derme : la couche profonde de l'épiderme, constituée par des cellules à parois très-minces et transparentes, est le siége d'une abondante prolifération; les noyaux qu'on y rencontre sont de volume inégal; quelques-uns sont en scissiparité, et il y a quelquefois deux noyaux dans une cellule. C'est cette couche qui s'épaissit sur des points limités et forme des saillies de plus en plus apparentes. On ne constate du reste dans le derme aucune modification antécédente qui fasse prévoir le lieu d'apparition des papilles.

B) Le bourgeon d'une glande sudoripare s'enfonce perpendiculairement dans le derme comme une papille prolongée, puis se renfle en massue. Ce bourgeon est plein : il ne se creusera que beaucoup plus tard, vers le septième mois de la vie intra-utérine, et en même temps il s'allongera, s'incurvant en forme de crosse.

C) Le poil se forme par une végétation épithéliale des cellules épidermiques qui recouvrent la papille : une première végétation donne naissance à un cône transparent, qui ne tarde pas à être pénétré par un second cône, dans lequel on voit en dernier lieu, au niveau de la papille, s'engager un troisième cône inclus ; le premier cône constitue la couche cornée ou cuticule du poil ; le cône moyen forme la substance corticale, et le cône inférieur la substance médullaire du poil. M. DUVAL.

Note sur l'anatomie générale de l'endartère, par J. RENAUT (*Soc. de biol.*, 27 *avril* 1878; *Gaz. méd.*, *p.* 229).

L'endartère n'existe que sur les vaisseaux artériels munis de leurs trois tuniques. Dans les artères terminales, l'argentation montre simplement, au-dessous du dessin endothélial, les couches musculaires imprégnées.

Les artères destinées à la distribution du sang sont, au contraire, munies d'une endartère épaisse, au sein de laquelle l'argentation montre un réseau cellulaire très-compliqué, formé par des éléments plats, munis de longs prolongements anastomosés entre eux dans divers plans. On s'est demandé si ces cellules devaient être assimilées aux cellules du tissu connectif lâche ; mais elles se comportent d'une manière toute différente en présence de l'inflammation.

Sur les coupes colorées au picro-carminate, on voit que les cellules ramifiées sont comprises dans l'intervalle des couches élastiques granuleuses et très-délicates de l'endartère. Chacun de leurs noyaux est entouré d'un fuseau de protoplasma renfermant des granulations ambrées. Fait remarquable, et non encore signalé, le protoplasma disposé autour

du fuseau granuleux péri-nucléaire, présente une striation longitudinale d'une régularité et d'une netteté parfaites. De la sorte, ce protoplasma est divisé en une série de baguettes cylindriques juxtaposées, tout à fait comparables aux cylindres primitifs des fibres musculaires lisses.

Il résulte de ce qui précède, que les cellules étoilées de l'endartère diffèrent sensiblement des cellules connectives ; et que, par leur situation longitudinale et leurs caractères micro-chimiques, elles semblent plutôt analogues à des cellules contractiles. L. G. R.

Ueber das Vorkommen zweierlei verschiedener Gefässknäuel in der Niere (De l'existence de deux sortes de glomérules vasculaires dans le rein), par O. DRASCH (*Wiener Akad. Sitzungsb.*, *LXXVI*, *p.* 69).

Les glomérules les plus voisins des pyramides se distinguent de ceux qui se rapprochent de la surface du rein par une série de caractères. Ils sont plus volumineux, leur capsule est dépourvue de noyaux, tandis que celle des glomérules périphériques en renferme ; leur vaisseau efférent se rend directement au réseau capillaire, et ne forme pas, comme dans les autres, des artérioles droites ; ils sont enfin constitués par un grand nombre de lobules vasculaires, tandis que les glomérules périphériques sont formés de deux lobes subdivisés chacun en deux autres plus petits.

Ces observations ont été faites sur des reins injectés de lapin, mais les recherches de l'auteur lui ont fait reconnaître de même, chez les autres animaux qu'il a étudiés à cet égard, des différences analogues qui doivent faire distinguer deux espèces de glomérules. G. HOMOLLE.

Sur la structure du foie des invertébrés, par CADIAT (*Soc. de biol.*, 18 *mai* 1878).

L'auteur a déjà montré à la *Société de biologie* que le foie des mollusques avait, anatomiquement, la disposition d'une glande exclusivement biliaire, et non d'une glande vasculaire sanguine ; que les tubes malpighiens offraient des dispositions analogues.

Chez l'holothurie, il existe des tubes ramifiés annexés à l'intestin, en tout semblables aux tubes malpighiens, et qui, sous l'influence de l'acide nitrique, se comportent comme la bile des vertébrés. Ces conduits, remplis de cellules colorées par la biliverdine, peuvent être considérés comme un organe biliaire, analogue au foie des vertébrés. La généralité de cette disposition, dans toute la série animale, jusqu'aux échinodermes, permet de conclure que, partout où on trouve des amas de cellules en rapport avec la cavité digestive, et colorées par cette substance verte ou brune, on peut affirmer l'existence d'une glande hépatique.

Ainsi, dans toute la série animale, partout où existe une cavité digestive, se trouve un organe biliaire avec des dispositions à peu près identiques. L. G. R.

Zur Frage über den Ursprung der Gallenwege (Des origines des voies biliaires), par WENDT (*Centralbl. f. medicin. Wissensch.*, 13 *avril* 1878).

Lorsqu'on pratique par la veine porte l'auto-injection chez un lapin ou

un cochon d'Inde, qu'on sacrifie 15 ou 30 minutes plus tard, on constate dans le foie l'existence d'un réseau que, d'après MM. Gillavry, Fleischel et Budge, on doit regarder comme formé par les gaînes lymphatiques périvasculaires. Celles-ci se montrent en continuité avec des canalicules et de petites lignes bleues, qui se détachent à angle obtus en diverses directions, et qui présentent çà et là une disposition polygonale tout à fait semblable à celle qu'on observe après une injection faite avec succès par le canal cholédoque. Il y aurait donc continuité et non, comme on l'admet généralement, indépendance absolue entre les origines des voies biliaires et les canaux plasmatiques (saftkanälchen) de la gaîne périvasculaire. Toutefois, les communications directes sont difficiles à reconnaître d'une façon manifeste sur les préparations.

La matière colorante passe des gaînes lymphatiques dans le réseau à mailles polygonales qui entoure les cellules hépatiques ; d'autre part, on peut voir sur des pièces qui ont été injectées au carmin par le cholédoque le réseau de canalicules biliaires dessiné en partie par la matière rouge, en partie teinté en bleu par le carmin d'indigo, qui a servi à l'auto-injection, sans qu'on puisse, d'après l'examen des pièces, supposer une simple imbibition à la surface des canalicules biliaires. Le protoplasma des cellules hépatiques ne se colore pas, et, du reste, l'injection de carmin d'indigo peut être faite dans une veine assez petite et sous une assez faible pression pour qu'il ne puisse être question d'imbibition du cément intercellulaire. G. HOMOLLE.

I. Ueber die fibrilläre Structur des Hyalinknorpels (De la structure fibrillaire du cartilage hyalin), par H. TILLMANNS (*Arch. f. mikr. Anat.*, *fasc.* 1, 1877).

II. Die Saftbahnen im hyalinen Knorpel (De l'existence de canaux dans le cartilage hyalin), par A. BUDGE (*Arch. f. mikr. Anat.*, 1er *fasc.*, 1877).

I. — D'après des préparations à la trypsine, l'auteur concède au cartilage hyalin une structure fibrillaire. Il assimile les cellules cartilagineuses aux cellules du tissu conjonctif, il ne croit point qu'elles soient pourvues des prolongements décrits par Heitzmann. De même que von Ebner a décrit, dans le tissu osseux, des fibres disposées en plexus, en faisceaux parallèles, en lamelles, de même Tillmanns reconnaît un cartilage à fibrilles parallèles, un cartilage réticulé, un cartilage lamelleux.

II. — En opposition avec Tillmans, qui rejette absolument l'hypothèse de l'existence de conduits dans l'épaisseur du cartilage hyalin, Budge croit avoir résolu dans le sens affirmatif un problème qui a déjà suscité de si nombreuses recherches. Il s'est dit que, si des cellules cartilagineuses se laissaient pénétrer par des substances non diffusibles, il faudrait en conclure à l'existence de voies spéciales préformées assurant leurs communications entre elles; l'auteur a fait plusieurs séries d'injections au bleu de Prusse, dont voici les résultats.

1° Les capsules cartilagineuses situées dans le voisinage de la ligne d'ossification se laissent pénétrer par des injections pratiquées dans les lymphatiques du perichondre;

2° On peut injecter, dans les cartilages articulaires, des zones de

cellules cartilagineuses situées très-près de la synoviale articulaire ;

3° Des injections pratiquées directement démontrent qu'il existe des canaux faisant communiquer entre elles les cellules cartilagineuses et paraissant provenir de l'élargissement des canalicules préexistants, distendus par la pression de la substance injectée.

4° En traitant par l'acide acétique des cellules du cartilage injectées à l'asphalte on voit leur contour offrir de petites dentelures qui seraient l'expression optique de canalicules.

L'auteur pense donc avoir découvert les voies que suivent les liquides nourriciers du cartilage. Ce seraient des canalicules d'une finesse infinie ; il faudrait considérer les capsules du cartilage comme des cavités résultant de l'élargissement de ces canalicules en certains points, et destinées à abriter des cellules. KUHFF.

Notes on the structure and development of osseous tissue (Notes sur la structure et le développement du tissu osseux), par E.-A. SCHÄFER (*Quart. Journ. of micr. sci., avril* 1878).

1° *Des lamelles osseuses.* — Lorsqu'on examine au microscope une section transversale d'un système de Havers, on remarque des rangées concentriques de points anguleux situées au milieu d'une substance homogène. Ces points et la substance homogène qui les entoure sont disposés de telle façon que le système de Havers paraît être constitué par des zones alternativement claires et granuleuses. Les lacunes osseuses sont disséminées çà et là dans les zones claires ; mais excepté au niveau des lacunes, la substance homogène est continue dans toute l'étendue du système de Havers, n'étant interrompue qu'en partie par les rangées de points anguleux.

L'auteur compare la structure de l'os à celle des autres tissus lamellaires, à celle de la cornée surtout, et il conclut que chaque lamelle osseuse est constituée par une couche de fibres se croisant obliquement, recouverte sur ses deux côtés par de la substance fondamentale homogène qui se continue entre les fibres et qui réunit entre elles les lamelles adjacentes ; les plans de séparation entre les lamelles, dans les os arrivés à l'état de complet développement, sont indiqués par la présence des lacunes osseuses.

2° *Nature des fibres perforantes de Sharpey.* — Il est généralement admis que les fibres perforantes sont identiques aux faisceaux dont se composent les tendons et les ligaments ; avec cette différence toutefois qu'elles ont été calcifiées. Cette manière de voir est confirmée par les faits suivants : un grand nombre de ces fibres naissent du périoste ; lorsqu'un tendon ou un ligament s'insère sur un os, ses fibres se continuent dans l'os sous forme de fibres perforantes. Ces fibres diffèrent cependant des faisceaux tendineux en ce qu'elles ne sont pas tapissées de cellules plates. Les fibres perforantes ont les mêmes réactions microchimiques que les faisceaux tendineux.

M. Müller remarqua cependant que quelques-unes d'entre elles résistaient à l'action des acides, et présentaient tous les caractères des fibres élastiques. L'auteur montre ensuite comment on peut distinguer ces

fibres élastisques en place et comment on peut les différencier des fibres perforantes blanches.

Le procédé de l'auteur consiste à colorer des sections osseuses décalcifiées avec du magenta. Cette matière colorante possède une grande affinité pour le tissu élastique ; il suffit de monter les sections, après les avoir bien lavées, dans un mélange de magenta, de glycérine et d'eau. Le liquide doit être légèrement coloré. Les fibres élastiques se colorent en rouge foncé, la substance homogène de l'os en rouge rosé ; les fibres perforantes blanches se colorent à peine. Le nombre des fibres élastiques perforantes varie, quelques-unes sont isolées, d'autres réunies en groupes; généralement, mais pas toujours, elles sont indépendantes des fibres blanches ; comme ces dernières, elles traversent les lamelles périphériques de l'os et les lamelles interstitielles, mais jamais celles des systèmes de Havers. Quelquefois on voit qu'elles se continuent avec les fibres élastiques du périoste.

Les groupes de faisceaux élastiques, ainsi que les faisceaux blancs, accompagnent souvent les vaisseaux sanguins qui passent de la périphérie vers le centre de l'os. Les fibres élastiques sont toujours, chez l'homme du moins, beaucoup plus fines que les fibres blanches. Comme celles du tissu lamineux, elles se divisent et s'anastomosent ; leur trajet est onduleux.

3° *Origine des fibres entrecroisées et des fibres perforantes.* — Les fibres ostéogéniques persistent dans l'os à l'état de complet développement et constituent les fibres entrecroisées de Sharpey.

A) En effet, lorsqu'on étudie un os crânien en voie d'ossification, on voit que le tissu osseux déjà formé envoie des prolongements dans le tissu fibreux ambiant. De ces prolongements ou « spicules » partent des fibres minces, droites, non ramifiées : fibres ostéogéniques. Elles ont une apparence fibrillaire, aussi Gegenbaur les considère-t-il comme de simples faisceaux conjonctifs appartenant à la membrane fibreuse. Ces fibres divergent ; les intervalles qui les séparent sont remplis d'ostéoblastes de forme irrégulière et dont les extrémités aplaties s'appliquent sur les fibres qui les avoisinent. Quelquefois les fibres s'entrecroisent et s'anastomosent avec des fibres venant d'une spicule voisine, mais le plus souvent elles ne font que s'entrecroiser et forment des mailles. Pendant que ces fibres ostéogéniques se développent et s'allongent, le dépôt calcaire s'avance graduellement de la spicule jusqu'au milieu des fibres et des éléments anatomiques qui les séparent. Ce dépôt se fait quelquefois par plaques isolées situées sur les fibres un peu en dehors du plan d'ossification générale ; mais ces plaques ne tardent pas à se réunir au reste de l'os par l'ossification des points intermédiaires. C'est ainsi que se forment les lamelles. Mais en se développant elles laissent entre elles deux espèces d'espaces qui deviendront plus tard les lacunes osseuses et les canaux de Havers.

La formation de ces canaux a été bien étudiée par les auteurs, aussi Schäfer ne s'y arrête pas. Il ajoute cependant que les canaux de Havers, très-grands au début et renfermant un vaisseau sanguin et du tissu ostéoblastique, se rétrécissent peu à peu par la formation de nouvelles lamelles. Quelques ostéoblastes persistent entre les lamelles et constituent les corpuscules osseux.

B) L'ossification se fait de la même façon dans les os longs. Les fibres ostéoblastiques se continuent directement avec l'os sous-périostique déjà formé. Ces fibres ont été appelées « fibres arciformes » par M. Ranvier. Cet auteur les décrit comme provenant du tissu fondamental du cartilage et s'étendant depuis ce dernier jusqu'à la surface de l'os sous-périostique nouvellement formé. D'après cet auteur quelques-unes de ces fibres persistent dans l'os et constituent les fibres perforantes de Sharpey; Schäfer ne peut admettre cette manière de voir.

Quelquefois on voit des faisceaux de fibres conjonctives dans « l'encoche d'ossification ». Ces fibres s'étendent du périoste jusque dans l'os et croisent la direction des fibres ostéogéniques. Probablement ces fibres formeront les fibres perforantes; tandis que les fibres ostéogéniques formeront, comme dans le pariétal, les fibres réticulées de l'os parfait.

Ce travail est accompagné de nombreuses planches. J. B. HOLMAN.

Encoches de l'extrémité inférieure du fémur, par TERRILLON (*Soc. Anatom., Paris, février et mars* 1878).

L'auteur montre sur l'extrémité inférieure de fémurs de vieillards des encoches et même de véritables rainures transversales considérées jusqu'à lui, bien à tort, comme le résultat d'un travail pathologique. Ces encoches paraissent formées par la pression des cartilages semi-lunaires pendant les mouvements d'extension de la jambe sur la cuisse; leur mode de formation explique pourquoi elles deviennent de plus en plus profondes avec les progrès de l'âge. LANDOUZY.

Quelques données sur le développement des vésicules de Graaf pendant la grossesse, par SLAVJANSKY (*Ann. Gynéc., février* 1878).

Ce travail peut se résumer dans les conclusions suivantes :

1° On constate des follicules à différents époques de leur formation, qui souvent n'atteignent point le maximum de développement et disparaissent par voie d'atrésie, phénomène qui se produit pendant toute la vie de la femme, tant qu'elle n'a point atteint l'âge de la ménopause, et qui se produit même pendant la grossesse;

2° L'existence de vésicules de Graaf parfaitement mûres et prêtes à se rompre ne peut être admise pendant la grossesse que comme une exception rare ;

3° Les vésicules écloses pendant la grossesse peuvent produire des corps jaunes.

4° Pour conclure à la transmigration de l'ovule d'après l'emplacement du corps jaune, il est indispensable que les ovaires soient examinés d'une manière plus précise qu'on ne l'a fait jusqu'à présent. PORAK.

Ueber die Theilung der Zellen (Sur la division des cellules), par PEREMESCHKO (*Centralbl. f. die medicin. Wissensch., p.* 547, 1878).

Ces observations faites sur la queue de jeunes tritons ont permis à

l'auteur d'étudier la division des cellules épithéliales, des éléments étoilés du tissu conjonctif, des glolules blancs du sang, enfin des cellules endothéliales de la paroi des capillaires.

Dans tous les cas, le mode de scission est identique : les granulations qui occupent le centre de la cellule se groupent en fibrilles, qui par leur rapprochement, affectent une forme variable d'une cellule à l'autre et pour un même élément d'un moment à l'autre ; elles finissent par prendre l'apparence d'un barillet. Les fibrilles s'épaississent alors à la partie moyenne du noyau et se séparent en ce point, de sorte que le barillet se partage en deux moitiés qui bientôt s'éloignent l'une de l'autre. La cellule elle même se divise ; les contours en deviennent plus nets, la surface présente un petit sillon qui se creuse de plus en plus ; enfin la scission est complète, l'apparence fibrillaire du noyau fait place à une transparence presque complète. G. HOMOLLE.

Nouveau procédé de préparation et de conservation de la moelle, par PAULIER (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, 2e *série*, *t. VII*, n° 43).

Ce procédé consiste à faire macérer la moelle dans une solution composée de 50 parties d'eau pour une partie de *bichromate de potasse* et 2 parties de *sulfate de cuivre*. Au bout de huit à dix jours, la moelle est suffisamment durcie, résistante, mais en même temps élastique et très-maniable. Pour la débarrasser de la coloration jaune verdâtre qu'elle a prise, on la plonge dans une solution au centième d'*acide sulfurique*, ou mieux d'*acide chlorhydrique*. Généralement, en deux ou trois jours la décoloration est complète ; mais l'acide chlorhydrique donne souvent à la moelle une consistance savonneuse qui disparaît par une macération de douze heures environ dans une solution de *chloral* au centième.

A la suite de cette série de préparations, la moelle est d'un blanc plus ou moins bleuâtre, et assez ferme pour être facilement divisée sur toute sa longueur. Lorsque la séparation des cordons présente quelques difficultés, il faut la plonger pendant quelques heures dans un mélange de *glycérine et d'eau* à parties égales : la séparation de la substance blanche et de la substance grise devient facile. La moelle prend alors une teinte plus foncée que l'on fait disparaître en la plongeant dans l'eau pure.

Ce procédé, qui a été surtout essayé sur les moelles d'animaux, permet de préparer, d'une façon très-nette la pie-mère, de séparer presque complétement la substance blanche de la substance grise et d'isoler les cornes postérieures. L'auteur le désigne sous le nom de *Méthode de dissection chimique*. GASTON DECAISNE.

Nuovo processo per la conservazione del cervello (Nouveau procédé pour la conservation du cerveau), par Carlo GIACOMINI (*Communication à l'Académie de médecine de Turin*, 7 *juin* 1878).

Les divers procédés de conservation du cerveau ont le désavantage de diminuer considérablement son volume par suite de l'évaporation à l'air atmosphérique de l'eau qu'il contient (88 0/0 d'après Borsarelli). L'auteur critique à ce point de vue les procédés de Broca, d'Oré, de Boudet,

de Personne et celui de Duval qui a essayé de soutenir la masse cérébrale en la faisant séjourner dans la paraffine liquide. Ces procédés méritent le nom de momification plutôt que celui de conservation du cerveau. Le procédé de l'auteur consiste à faire agir la glycérine sur le cerveau : très-avide d'eau, et ne s'évaporant pas à l'air libre, la glycérine est seulement destinée à conserver l'organe avec son volume normal. Il faut avoir préalablement obtenu le durcissement de ce dernier à l'aide de substances diverses qui ont seules de l'influence sur le degré de consistance et sur la coloration qu'il présentera après l'action des deux liquides. Nous résumerons brièvement les diverses modifications qui peuvent être apportées au procédé :

1° Durcissement dans une solution saturée de chlorure de zinc pendant 2 ou 3 jours, puis dans l'alcool du commerce pendant 10 à 12 jours; passage dans la glycérine phéniquée $\frac{1}{100}$, pendant 20 à 30 jours. Application d'un vernis de gomme élastique ou mieux de glu marine diluée dans l'alcool. Après cette préparation, le cerveau reste blanchâtre, très-légèrement diminué de volume : les circonvolutions sont souples et peuvent être facilement déplissées, les coupes peuvent être faites à volonté, l'auteur a même pu faire des sections minces qu'il a examinées au microscope. Pour obtenir de grandes coupes du cerveau destinées à l'étude, il est bon de les faire avant de faire passer le cerveau de l'alcool dans la glycérine;

2° Durcissement dans une solution de 2 à 4 0/0 de bichromate de potasse pendant un mois ; alcool 6 à 8 jours; glycérine ;

3° Acide nitrique 10 à 12 0/0 pendant 12 à 15 jours ; bichromate de potasse ou alcool; glycérine. L'auteur donne la préférence au premier procédé : on peut encore essayer les acides chromique, chlorhydrique et le bichlorure de mercure.

Il a pu conserver ainsi pendant plusieurs années des cerveaux d'homme ou de divers animaux, normaux ou pathologiques. Il ajoute en terminant que l'on peut faire servir plusieurs fois les liquides employés dans la préparation. F. BALZER.

Die Verdaung als histologische Methode. Ueber einen neuen Bestandstheil des Nervensystems (La digestion comme nouvelle méthode histologique. D'un nouvel élément constituant du système nerveux), par A. EWALD et W. KÜHNE (*Centralblatt. f. Med. Wissench.*, n° 9, *p.* 115, 1877).

Les auteurs, se fondant sur la non digestibilité des fibrilles du tissu conjonctif mises en liberté par la trypsine, ont fait des expériences dans le but d'isoler, à l'aide de la digestion pancréatique, les éléments des tissus collagènes. La trypsine qui n'est autre qu'un ferment pancréatique, dissout dans un liquide acide les albuminoïdes, la substance élastique, sans pouvoir attaquer la nucléine, les substances cornée et amyloïde. Elle ne peut digérer la substance collagène que si cette dernière a été gonflée par des acides ou a macéré dans l'eau à 70°.

Les auteurs passent en revue les principaux tissus en indiquant l'influence de la trypsine sur leur composition; les tendons, le tissu alvéolaire du mésentère, le tissu réticulé de la rate et des ganglions, la cornée,

le cartilage, le tissu élastique, la membrane de Descemet et les membranes endothéliales en général, le foie, les muscles, le cristallin, etc. Il résulte de toutes ces expériences qu'à l'aide de la digestion par la trypsine, l'on parviendra à isoler dans chaque tissu, les fibrilles et réseaux collagènes, la substance cornée et les noyaux.

La seconde partie de cette communication est une application de cette méthode à l'étude du système nerveux. En faisant digérer des fibres nerveuses à myéline avec de la trypsine, il est facile de démontrer que la substance médullaire blanche n'est pas libre au-dessous de la gaîne de Schwann, formée et dérivée du tissu conjonctif. La myéline est contenue dans un tube annulaire, dont les deux parois sont unies entre elles par des trabécules constituant une véritable charpente intérieure. Cette gaîne myélinaire est un dérivé du tissu corné. Aussi Ewald et Kühne l'appellent-ils gaîne cornée. Il est facile de la démontrer en traitant des fibres nerveuses par l'éther bouillant qui dissout la myéline, puis par la trypsine qui digère la gaîne de Schwann et le cylindre axile. C'est en vain que l'on recherche cette gaîne cornée dans les fibres nerveuses sans myéline comme celles de la rétine et du nerf olfactif. Ewald et Kühne croient que la névroglie n'est autre que cette substance cornée ; elle est de nature épithéliale, et se forme aux dépens du feuillet corné du blastoderme. E. SCHWARTZ.

PHYSIOLOGIE.

I. — Die Betheiligung der einzelnen Stoffe des Serums an der Erzeugung des Herzschlages (Action des divers éléments du sérum sur les contractions du cœur), par STIÉNON (*Archiv f. Anat. u. Phys.*, *p.* 263-290, 1878.)

II. — Die Leistungen des entbluteten Froschherzens (Travail effectué par le cœur de grenouille anémié), par J. GAULE (*Même recueil*, *p.* 291-311, 1878).

III. — Ueber die Speisung des Froschherzens (Sur la nutrition du cœur de grenouille), par KRONECKER (*Même recueil*, *p.* 321-322, 1878).

I. — Bowditch, Merunowicz et d'autres élèves de Ludwig ont montré que le cœur traversé par une solution de chlorure de sodium (0,6 0/0) cesse de battre et reste dans un état de mort apparente jusqu'au moment où il est traversé par du sérum. Alors il reprend ses battements avec force.

Stiénon s'est proposé de rechercher quels sont, parmi les divers éléments du sérum, ceux qui ont la propriété de faire renaître les contractions cardiaques.

Si on acidifie le sérum, la solution agit d'une manière funeste sur la contractilité musculaire. Si on la neutralise, la puissance contractile du cœur diminue beaucoup, et d'autant plus que la solution est moins ba-

sique. Il est même possible que la neutralisation du carbonate de soude du sérum avec tel ou tel acide ne soit pas indifférente, et que l'acide acétique ait moins d'effet que l'acide sulfurique, par exemple. L'influence considérable du carbonate de sodium sur la contraction du cœur est mise en lumière par ce fait que si on prend du sérum neutralisé et qu'on y ajoute une quantité convenable de carbonate de soude, la solution nouvelle aura autant d'efficacité que le sérum primitif non altéré.

L'extrait alcoolique du sérum ne paraît pas avoir les mêmes propriétés que le sérum pur. Sur ce point, les recherches de Stiénon sont en désaccord avec celles de Merunowicz.

A mesure qu'on enlève de plus grandes quantités d'albumine, on a des solutions de moins en moins actives, non-seulement en enlevant l'albumine par l'alcool, mais encore par la chaleur ou par les acides ; en rétablissant le sérum dans les mêmes conditions que précédemment, avec cette seule différence qu'il ne contient pas d'albumine, on a des solutions qui agissent à peine sur la contractilité cardiaque.

L'albumine qui a cette influence sur le cœur n'est pas la substance fibrinoplastique, qui, même associée au carbonate et au chlorure de sodium, est impuissante à réveiller les mouvements du cœur.

Cependant, les cendres du sérum, reprises par l'eau et passant par les cavités cardiaques, ne sont pas dépourvues de toute influence. Ainsi, la solution des cendres du sérum (phosphate de potassium, chlorure de sodium, carbonate de sodium) réveille le cœur en état de mort apparente ; mais la pression de la colonne mercurielle élevée par la force cardiaque n'est que de 6 millimètres et ne dure que deux à trois minutes, tandis qu'avec le sérum total, contenant aussi de l'albumine, la pression est de 20 millimètres, et le cœur se contracte pendant longtemps. Une solution ne contenant que du chlorure et du carbonate de sodium réveille les contractions du cœur.

Enfin il semble que les solutions devenues inactives redeviennent actives lorsqu'elles ont été agitées à l'air, ce qui peut tenir, soit à la présence d'oxygène, soit au départ d'une certaine quantité de CO^2.

La conclusion générale est que le carbonate de soude et une des albumines du sérum agissent sur la contractilité du cœur, et que l'acide carbonique a une action funeste sur ses mouvements, tandis que l'oxygène les favorise.

II. — Le travail de M. Gaule est bien plus satisfaisant. En réalité, il porte sur le même sujet et arrive à des conclusions plus complètes et plus intéressantes.

Lorsque le cœur de la grenouille a été traversé par une solution de chlorure de sodium à 0,6 0/0 jusqu'à ce que tout mouvement spontané ait cessé, il suffit d'une solution de soude pour lui rendre ses mouvements. Cette solution doit être très-peu concentrée ; c'est une solution de 1 pour 20000 (en poids de NaOH), qui a les effets les plus favorables. Plus concentrée, la solution sodique épuise rapidement le muscle cardiaque. Même à 1 pour 200000, la soude agit encore, quoique d'une manière très-peu sensible, quand la dilution est si grande.

Cependant, au bout d'un certain temps, le cœur se fatiguant, ses contractions cessent ; il semble donc qu'il mette en usage une certaine somme de la force qu'il possédait avant de se mettre en mouvement,

et qu'il dépense graduellement (forces de tension). Or, le point intéressant des recherches de G. et sur lequel nous appelons plus spécialement l'attention, est celui-ci : quelle est cette force de tension qui est ainsi accumulée dans le cœur?

En comparant la contractilité du cœur de différentes grenouilles, on voit qu'il y a de nombreuses différences individuelles. Les grenouilles refroidies depuis longtemps ont un cœur qui se contracte pendant peu de temps (après avoir été extrait du corps, et lavé avec une solution de chlorure de sodium), tandis qu'au contraire les cœurs de grenouilles exposées à une certaine chaleur, quelque temps avant d'être sacrifiées, ont un pouvoir contractile très-grand. Or, en épuisant avec une solution de chlorure de sodium, le cœur des grenouilles *chaudes* (c'est-à-dire de celles qui ont un cœur très-actif), et en traitant par cet extrait le cœur des grenouilles *froides* (c'est-à-dire celles dont le cœur est peu actif), on donne au cœur des grenouilles froides une très grandea-ctivité.

Cette substance contenue ainsi dans le cœur des grenouilles pourrait bien être analogue aux peptones, en tout cas c'est une matière albuminoïde · le glycogène, la dextrine, etc., n'ayant aucune influence sur la contractilité du cœur, tandis qu'au contraire les peptones, même en solution neutre, relèvent promptement les mouvements rhythmiques du cœur.

A mesure que le cœur continue à se contracter, la solution sodique qui le traverse devient de moins en moins basique. Comme d'autres auteurs l'avaient constaté depuis longtemps, G. a pu montrer qu'il se formait de l'acide carbonique et un autre acide fixe, en très-petite quantité (probablement de l'acide lactique).

En cherchant à calculer la somme de chaleur développée par la combustion des matières albuminoïdes du cœur, pour fournir la quantité d'acide carbonique donnée par l'expérience, on a trouvé dans une expérience 1 calorie 87. Le travail effectué dans cette expérience a été de 0 kilogrammètre 060, soit 60 grammemètres. Or, 60 grammemètres répondant à 0 cal. 18, on voit que le travail utile répond à $\frac{0,18}{1,87}$, soit à 8 0/0 seulement du travail effectué. Mais comme le fait remarquer G. lui-même, ces chiffres ne sont qu'un renseignement très-insuffisant, car pour des quantités si petites, les limites de l'erreur sont énormes.

III. — Nous pourrions joindre à ses études les résultats des travaux de MM. Guère et Kronecker. Le cœur de grenouille, épuisé par une solution de sel marin, reprend ses battements quand on le remplit de sang de lapin. Mais le sérum de lapin a une efficacité aussi grande que le sang défibriné ; le sérum de mouton agit de même, le sang congelé, ou bien encore un mélange de sérum de lapin et de sérum de mouton (?) sont funestes à la vitalité du cœur. Le sang mélangé au sel marin agit moins bien que le sang non traité par cette substance. On peut, pendant quelque temps, soumettre le cœur à une pression (interne) considérable sans troubler sa fonction.

CHARLES RICHET.

Ueber das electrische Verhalten des thätigen Herzens (Sur la condition électrique du cœur en activité), par ENGELMANN (*Archiv für die gesammte Physiologie von Pflüger, t. XVII, p.* 68).

Les expériences d'Engelmann ont été exécutées sur la pointe du

cœur de la grenouille : l'organe était disposé dans une chambre humide. On employait comme excitants des courants faibles agissant par la décharge induite d'ouverture ; l'auteur employait généralement le rhéotome différentiel de Bernstein. La condition électrique du cœur était appréciée au moyen d'un galvanomètre sensible obéissant avec une grande rapidité aux impulsions électriques.

Voici les résultats principaux :

L'excitation dans les conditions normales a son point de départ à la base du ventricule. Chaque partie éprouve une variation négative : et cette variation négative se propage dans toutes les directions, à partir du point excité. Elle naît au même moment où commence l'excitation; s'accroît d'une manière continue, de manière à confirmer une fois de plus l'opinion des physiologistes qui soutiennent que la systole est une secousse simple et non un tétanos; elle décroît plus lentement que la secousse elle-même.

Quant à la force électro-motrice de l'oscillation, elle dépend de l'état du muscle cardiaque et non de l'intensité de l'excitant qui provoque la secousse. Le cœur ne peut pas être mis en état de tétanos véritable. Enfin, Engelmann a mesuré la vitesse de propagation de l'onde excitatrice dans le cœur, et il a trouvé cette vitesse variable aux différentes périodes de l'expérience. DASTRE.

Der Verlauf der Reizwelle des Ventrikels bei Erregung desselben vom Vorhof aus, und die Bahn auf der die Erregung zum Ventrikel gelangt (Parcours de l'onde excitatrice du ventricule lorsqu'on excite celui-ci à partir de l'oreillette et chemin par lequel cette excitation arrive au ventricule), par R. MARCHAND (*Archiv für die gesammte Physiologie von Pflüger, t. XVII, p.* 137).

Lorsqu'on excite le ventricule en partant de l'oreillette, l'onde excitatrice ne commence dans le ventricule qu'un temps assez long après l'excitation.

L'onde excitatrice gagne le point du ventricule le plus proche du point excité, puis descend ensuite jusqu'au point le plus éloigné, en procédant de haut en bas.

L'onde chemine exactement de la même manière que lorsque l'on excite directement le ventricule. DASTRE.

Die Folgen maximaler Reize von ungleicher Dauer auf den Nervus accelerans cordis (Effets d'excitations croissantes et de durée inégale sur le nerf accélérateur du cœur), par N. BAXT (*Archiv f. Anat. u. Phys., p.* 521, 541, 1877).

Les expériences de Baxt ont été faites sur des chiens curarisés. On excitait avec un appareil d'induction le nerf accélérateur du cœur, et on comptait le nombre des pulsations du cœur. Des expériences antérieures avaient démontré que le curare n'a aucune action sur le nerf accélérateur.

En augmentant l'intensité de l'excitation, on fait croître le nombre des battements du cœur.

En augmentant la durée de l'excitation, toutes conditions d'intensité

restant égales d'ailleurs, on fait croître le nombre des battements du cœur ; toutefois cette augmentation porte non sur le maximum de la fréquence, mais sur la prolongation de cette fréquence. Des courbes schématiques annexées au travail de Baxt font bien comprendre cet effet de l'excitation du cœur.

Au début (pendant les deux premières secondes) il y a une augmentation lente ; plus tard (de 2 à 4 secondes), l'augmentation est plus considérable, de 4 à 6, de 6 à 8 secondes, l'augmentation est assez faible, et au bout de 10 secondes d'excitation, la fréquence des battements du cœur n'augmente pas. Cependant cette excitation prolongée ne reste pas sans effet : elle se traduit par la prolongation de l'accélération cardiaque.

En éliminant la période d'accélération qui suit immédiatement l'électrisation du nerf, et en ne comptant que les pulsations du cœur consécutives, on trouve, par exemple, qu'après une excitation de 3 secondes le cœur bat 164 fois par minute, tandis qu'après une excitation de 36 secondes, il bat 200 fois par minute. CHARLES RICHET.

Die Verkürzung der Systolenzeit durch den N. accelerans cordis (Diminution de la durée de la systole par l'excitation du nerf accélérateur du cœur), par BAXT (*Arch. f. Anat. u. Physiol.*, *p.* 122, 1878).

Dans le travail précédent l'auteur a montré que l'excitation du nerf accélérateur accélère le rhythme cardiaque de la même manière que l'échauffement du cœur. Dans ce mémoire il étudie plus attentivement les modifications de la systole cardiaque déterminées par cette excitation nerveuse.

Il remarque d'abord que, si le cœur se comportait absolument comme un muscle, la quantité de sang envoyée dans l'aorte varierait selon que le nerf du cœur est excité ou en repos. Or en réalité cela n'a pas lieu, et la pression aortique est à peu près indépendante de l'état d'excitation ou de repos du nerf accélérateur. On peut donc supposer que lorsque les systoles deviennent plus fréquentes, la durée de chaque systole devient en même temps plus courte.

Néanmoins il importait de confirmer cette hypothèse par l'expérimentation directe. En inscrivant par la méthode graphique tantôt les changements de forme extérieure du cœur, tantôt encore comme Marey et Chauveau, les variations de la pression cardiaque, on a des courbes sur lesquelles on peut très-manifestement voir, qu'avec une excitation forte, le cœur, très-accéléré, a des systoles de courte durée, tandis que si le nerf n'est pas excité, avec un rhythme cardiaque normal, la durée de la systole est plus longue.

La critique que Baxt dirige contre l'interprétation que Marey a donnée de ses tracés sur la pression dans les ventricules du cœur chez le cheval est fondée sur les résultats différents que donnent l'exploration de la pression artérielle et de la pression cardiaque. Baxt suppose qu'après la systole du cœur l'air ne peut facilement rentrer dans la poche de caoutchouc qui sert à inscrire les changements de pression, par suite de la résistance des parois du cœur ? (P. 129.)

En étudiant la durée de la systole chez les batraciens, on voit qu'elle varie selon que le nerf accélérateur est en repos ou excité.

			RHYTHME en 2 secondes.	DURÉE de la systole.
Moyennes.	I.	Nerf excité.	6.3	0.263
		Cœur normal.	5.1	0.278
	II.	Nerf excité.	7.9	0.190
		Cœur normal.	3.6	0.254
	III.	Nerf excité.	8.0	0.200
		Cœur normal.	5.2	0.273

Pour Baxt, on ne peut expliquer ces phénomènes, ni par un changement dans la nutrition artérielle du cœur, ni par un effet de fatigue, attendu que l'effet général de la fatigue sur tous les muscles est de rendre leur contraction de bien plus grande durée.

Enfin il faut remarquer que le nerf vague, qui ralentit les mouvements du cœur, n'a aucune influence sur la durée de la systole cardiaque, par conséquent le nerf accélérateur a une action non-seulement sur le rhythme mais encore sur le mécanisme du cœur, ce qui établit une certaine différence entre lui et le nerf vague. CHARLES RICHET.

Untersuchungen über die Ursprünge und die Function der beschleunigenden Herznerven (Recherches sur les origines et la fonction des nerfs accélérateurs du cœur), par STRICKER et J. WAGNER (*Mediz. Jahrbüch.*, *Heft* 3, 1878).

On sait aujourd'hui que chez le chien l'accélération du pouls est produite par l'excitation de l'anse de Vieussens, rameau nerveux qui unit le dernier ganglion cervical du grand sympathique au premier ganglion thoracique ou ganglion étoilé. Pour trouver l'origine réelle des fibres accélératrices de cette anse, les auteurs isolent dans la poitrine du chien le tronc du grand sympathique en coupant ses rameaux afférents, et l'excitent à partir du sixième ganglion thoracique. L'effet d'accélération ainsi obtenu est dû à l'action du courant sur l'anse de Vieussens. Car si l'on pratique des ligatures sur le tronc au-dessous de cette anse, le segment supérieur reste seul sensible à l'excitation. Comme l'accélération se montre d'autant plus intense qu'on approche davantage les électrodes de l'anse de Vieussens, on peut en conclure que de bas en haut les fibres accélératrices augmentent de nombre.

Quelle est maintenant l'origine de ces fibres accélératrices. Viennent-elles des ganglions eux-mêmes ou au contraire de la moelle en suivant les branches afférentes des ganglions ? C'est à la moelle qu'on doit les rapporter. Pour le démontrer, les auteurs sectionnent le nerf vague et constatent une accélération du pouls qui diminue après la section des deux anses de Vieussens ; les pulsations sont alors un peu plus fréquentes qu'au début de l'expérience. L'accélération consécutive à la section du nerf vague est due à un tonus venant de la moelle, et l'existence de ce

tonus accélérateur prouve l'origine médullaire des fibres qui aboutissent à l'anse de Vieussens.

Les auteurs vont plus loin encore, en excitant la moelle cervicale, ils obtiennent l'accélération du pouls ; dans les mêmes conditions ils l'obtiennent aussi après avoir sectionné les nerfs accélérateurs, mais plus tardivement, et seulement quand la pression sanguine a atteint un degré élevé. L'accélération produite par l'excitation de la moelle est ainsi due à deux causes : excitation des nerfs accélérateurs, accroissement de la pression sanguine.

En résumé les fibres accélératrices naissent de la moelle cervicale, suivent d'abord un trajet descendant pour remonter en forme d'anses aux six ganglions thoraciques supérieurs et aboutir à l'anse de Vieussens.

Quant aux fonctions des nerfs accélérateurs, des expériences nombreuses et enregistrées avec soin ont prouvé aux auteurs que ces nerfs contrebalancent à l'état normal l'influence des nerfs d'arrêt. Ces deux ordres de rameaux nerveux sont antagonistes et il existe entre eux une véritable interférence. Quand ils sont coupés, les phénomènes d'interférence peuvent encore être démontrés à l'aide de courants induits. Les auteurs combattent l'assertion de Baxt d'après laquelle l'excitation du nerf vague rend le cœur insensible à l'influence des nerfs accélérateurs.

L. GALLIARD.

Resultate meiner fortgesetzten Untersuchungen über die Hemmung und Wiederherstellung des Blutstromes im Kopfe (Résultats de nouvelles recherches sur l'arrêt et le rétablissement du courant sanguin dans la tête), par S. MAYER (*Centralbl. f. d. medicin. Wissench.*, *p.* 579, 1878).

La compression simultanée des carotides et des sous-clavières, par le procédé de Kussmaul et Tenner (avec certaines précautions qui empêchent le développement rapide de l'œdème pulmonaire) permet de supprimer les fonctions cérébrales sans l'emploi du curare ou d'autres substances qui agissent sur le système nerveux, d'isoler en quelque sorte, sans verser de sang, la moelle du cerveau et d'étudier ainsi dans des conditions favorables les actions réflexes.

On détermine dans cette expérience une paralysie des centres vasoconstricteurs et tant que celle-ci persiste, la tension sanguine est diminuée (tension paralytique) ; on doit admettre, en outre, que la circulation ne se fait pas d'une manière normale, lorsqu'elle se rétablit dans les vaisseaux où elle a été artificiellement interrompue. Quand la compression des carotides et des sous-clavières a duré (chez le lapin) 10 minutes environ, la respiration et les mouvements du train antérieur cessent complétement et l'on peut admettre que les fonctions cérébrales sont tout à fait annulées. Si alors on suspend la compression, l'on voit au bout d'une demi-minute à deux minutes les poils du tact frémir, les muscles du nez, des lèvres, du menton s'agiter d'un mouvement fibrillaire, et quelquefois même de secousses alternatives.

La langue présente, d'une façon plus manifeste encore, les mêmes trémulations ou les mêmes contractions. On peut désigner ce phénomène sous le nom de mouvements post-anémiques.

Ils sont indépendants du cerveau, ils apparaissent à une période où ne se manifeste encore aucun indice du fonctionnement cérébral ; ils ne cessent pas lorsque,pendant leur durée,on fait la section du nerf facial ; ils se produisent alors même qu'on a coupé ce nerf avant de laisser rentrer le sang dans les artères. En général même ils se produisent plus tôt, ils sont plus forts, et durent plus longtemps du côté où la section nerveuse a été pratiquée. Ils sont presque complétement arrêtés par une injection de curare faite vers le cœur droit, à dose suffisante pour produire la paralysie. Ils exigent, pour se produire, la circulation persistante d'un sang oxygéné normal ; ils se suppriment lorsqu'on fait une compression nonvelle ou qu'on suspend la respiration artificielle. Ils cessent également lorsqu'on dirige un courant ascendant à travers le tronc du facial coupé.

Ils sont à certains égards comparables aux mouvements découverts par Brown-Séquard et Schiff dans les muscles dont les nerfs sont coupés depuis 4 à 6 jours (oscillations paralytiques de Schiff) ; celles-ci dépendent de même de la persistance du courant d'un sang oxygéné, se suspendent quand les artères sont oblitérées ou la respiration artificielle interrompue, mais elle ne sont pas modifiées par l'action du curare ou du courant ascendant passant par le nerf.

Les mouvements post-anémiques ont leur origine probable dans les derniers ramuscules nerveux intra-musculaires ; les oscillations paralytiques semblent au contraire dépendre de l'excitation directe du muscle. Les mouvements post-anémiques persistent environ dix minutes; ils cessent en même temps que revient l'activité cérébrale.

L'excitation du facial par un courant d'induction est sans action sur les muscles privés de sang depuis 20 à 30 minutes; le muscle lui-même reste un peu plus longtemps excitable. Il suffit de faire circuler pendant une ou deux minutes le sang à la tension paralytique pour rendre au nerf son excitabilité pendant dix minutes environ.

La pupille présente, sous l'influence de l'arrêt de circulation, des changements déjà décrits par Kussmaul ; c'est, immédiatement après la suspension du cours du sang, un rétrécissement aussitôt suivi de dilatation ; celle-ci tend à disparaître quand la compression est prolongée longtemps, dix á douze minutes par exemple.

Kussmaul et Tenner ont montré que le cerveau du lapin peut être privé de sang artériel pendant deux minutes sans perdre la faculté de remplir ses fonctions quand l'irrigation se fait de nouveau. Le centre vaso-moteur et le centre des mouvements respiratoires résistent bien plus longtemps; (une demi-heure, dans une expérience de S. Mayer). Les fonctions de ces deux centres sont les dernières à disparaître, les premières à renaître dans les expériences ; les premiers mouvements respiratoires qui se reproduisent ont le caractère d'une violente dyspnée, bien que la respiration artificielle maintienne le sang dans un état d'oxygénation suffisante.

Dès que l'activité cérébrale est suspendue par l'anémie, les conditions sont favorables pour l'étude des fonctions réflexes de la moelle ; mais peu à peu les mouvements réflexes s'affaiblissent et l'excitabilité de la moelle diminue et finit par disparaître. G. HOMOLLE.

Uber die Einwirkungen der künslichen Athmung auf den Druck im Aortensystem (Influence de la respiration artificielle sur la pression artérielle), par N. KOWALESKY (*Archiv f. Anat. u. Phys.*, *p.* 416-435, 1877).

On sait que chez les animaux curarisés, la respiration artificielle fait subir à la pression artérielle des oscillations très-marquées. Traube, et plus tard Schiff (1872), ont pensé que ces variations de la pression artérielle dépendaient de l'excitation périodique du centre nerveux vaso-moteur. Kowalesky ne croit pas cette appréciation exacte : en effet, après la section du bulbe, il a vu continuer ces oscillations de pression déterminées par la respiration artificielle.

En étudiant avec soin les variations de la pression du sang dans la carotide d'un animal curarisé et auquel on faisait la respiration artificielle, il a vu que l'interruption de la respiration artificielle élevait la pression, et qu'on pouvait constater une courbe ascensionnelle qu'il appelle courbe *fondamentale*. Cette courbe fondamentale n'est autre que la courbe asphyxique de Traube. Si, après une inspiration complète, on ferme la trachée de manière à empêcher l'issue de l'air contenu dans le poumon, la cessation de la pression artificielle fera baisser la pression carotidienne, et on aura encore une courbe fondamentale, mais qui sera négative, dirigée en sens inverse de la précédente. Ainsi les variations de la pression artérielle semblent dépendre de la pression de l'air dans le poumon. Kowalesby rappelle qu'il y a déjà longtemps (1852), Poiseuille avait démontré que la circulation se faisait plus mal dans un poumon insufflé que dans un poumon vide. Les recherches de Kowalesby confirment absolument cette manière de voir. Plus il y a d'air dans le poumon, plus les vaisseaux pulmonaires sont comprimés, et par conséquent la circulation pulmonaire se fait avec lenteur. Une moins grande quantité de sang passe du cœur droit dans le cœur gauche; et la pression carotidienne baisse. C'est tout le contraire lorsque la pression de l'air dans le poumon est nulle. (On comparera ces données aux recherches intéressantes de d'Arsonval. Voy. *R. S. M.*, t. XI, p. 437.)

Poursuivant ses études sur la courbe fondamentale, Kowalesky montre que toutes les oscillations de la pression carotidienne ne sont que des conséquences de la courbe fondamentale. Lorsque les mouvements d'inspiration sont courts, la pression moyenne monte, et les oscillations de la pression sont peu marquées. Au contraire, quand les mouvements inspiratoires durent longtemps, la pression moyenne baisse, et les oscillations de la pression sont très-marquées. En somme, l'inspiration accroît plus ou moins la ligne ascensionnelle de la courbe inscrite (augmentation de pression), l'expiration accroît plus ou moins la ligne de descente (diminution de pression). Tous ces faits sont d'ailleurs plus faciles à comprendre par les tracés de Kowalesky que par des explications sans figures.

D'une manière générale Kowalesky conclut que la respiration artificielle, considérée au point de vue purement mécanique, loin de faciliter la circulation est plutôt un obstacle. CHARLES RICHET.

Untersuchungen über den Austritt von Stoffen (Transsudation und Diffusion) durch die Wand der Haargefässe (Recherches sur l'entrée et la sortie des substances (Transsudation et Diffusion) à travers la paroi des vaisseaux sanguins), par Hermann NASSE (*Archiv für die gesammte Physiologie von Pflüger, t. XVI, p.* 601).

La première partie du mémoire contient des recherches sur la diffusion entre les corpuscules du sang et la partie liquide.

En ajoutant de l'eau au sang, une partie de cette eau pénètre dans les globules et les gonfle. Quelle que soit la quantité d'eau ajoutée, la proportion qui pénètre dans le globule reste constamment entre 13 et 20 0/0. L'introduction de l'eau est accompagnée de la sortie du sel marin et vraisemblablement d'autres sels; mais ce dernier effet est peu marqué en comparaison du premier.

L'addition du sel marin dans le sang détermine une diminution d'eau dans les globules. Celle-ci dépend de la quantité de sel qui a été ajoutée, et pour une même addition de sel à différents sangs, elle dépend de la grandeur du caillot. Il n'y a de proportionnalité entre l'addition du sel et le départ de l'eau que dans le cas où la quantité de sel ajoutée est très-faible. Le sel ne pénètre pas dans les corpuscules, au contraire, ceux-ci perdent en partie celui qu'ils contenaient.

L'addition de l'acide carbonique au sang augmente le poids spécifique de la partie liquide. La quantité des parties solides s'accroît aussi d'une manière sensiblement proportionnelle.

L'agitation avec l'air atmosphérique ou avec l'oxygène pur a un effet inverse. La raison principale de ces faits est que l'oxygène favorise et que l'acide carbonique entrave la diffusion entre les corpuscules du sang et le sérum. DASTRE.

Sur les hématoblastes, par G. HAYEM (*Soc. de biol.*, 9 *février* 1878). — **Sur le sang du chat nouveau-né, par le même** (*Ibid.*, 3 *avril*). — **Sur la formation des globules rouges dans les cellules vaso-formatives, par le même** (*Ibid.*, 8 *juin et Gaz. médicale*, 1878).

I. — L'auteur présente quelques considérations nouvelles relatives aux éléments du sang qu'il a décrits sous le nom d'hématoblastes. Dans diverses communications antérieures, il a indiqué les modifications que subissent ces éléments dès qu'ils sont sortis de l'organisme. Ces modifications, se montrant rapidement, rendent l'étude des hématoblastes difficile. Or, lorsqu'on cherche à fixer ces corpuscules à l'aide de certains réactifs, on peut se demander si ces réactifs ne donnent pas naissance à des formes plus ou moins artificielles et trompeuses.

Hayem s'est préoccupé de trouver un moyen d'observer facilement ces éléments dans le sang pur, sans le secours d'aucune substance étrangère. Il a pensé, à cause du rôle que les hématoblastes jouent dans la coagulation du sang, que le froid, en retardant la coagulation, s'opposerait également aux altérations de ces éléments. En examinant le sang à l'air, par une température voisine de 0°, il a pu, en effet, voir les hématoblastes de l'homme et de divers animaux se conserver intacts ou

presque intacts pendant plusieurs heures, ce qui lui a permis de vérifier l'exactitude de ses descriptions antérieures (Voy. *R. S. M.*, X, p. 433, et XII, p. 42).

L'auteur rappelle que la dessiccation rapide peut rendre aussi des services dans l'étude des éléments du sang, et en particulier dans celle des hématoblastes et des globules blancs, et il recommande particulièrement les préparations faites avec le sang des animaux à gros globules.

II. — Les arguments que donnent les auteurs touchant l'unité d'origine des éléments du sang sont peu nombreux, et presque tous faciles à réfuter. Un des arguments invoqués par Kölliker consiste dans la présence d'hématies incolores et granuleuses, ainsi que de cellules rouges à noyaux dans le sang du foie et de la rate de jeunes animaux allaités (chats, chiens, souris).

L'auteur a cherché à vérifier sur de jeunes chats nouveau-nés les faits avancés par Kölliker. Il décrit avec soin les divers éléments du sang, globules rouges, globules blancs, hématoblastes, réticulum fibrineux, examinés dans le sang pur, puis traités par le sérum iodé, le sérum iodo-ioduré, l'acide osmique, la dessiccation, etc.

Il n'y a pas, dans le sang du chat nouveau-né, de globules rouges à noyau. Les hématoblastes, mesurés dans le sang pur et dans le sérum iodé, ont des diamètres très-divers. Ces éléments sont plus petits encore que les plus petits globules blancs, et il serait impossible de les faire provenir d'une transformation de ces éléments. Dans le sang extrait de la rate, on trouve les mêmes éléments que dans le sang provenant des autres parties du corps. Toutefois, le sang de la rate contient une proportion plus grande de petits globules blancs à un seul noyau.

III. — Après avoir étudié les hématoblastes du chat nouveau-né, G. Hayem a étudié l'origine de ces petits éléments. Il décrit ainsi qu'il suit leur naissance dans les cellules vaso-formatives de Ranvier. Les cellules vaso-formatives, encore peu développées, sont constituées par un corps protoplasmique allongé, terminé à chaque bout par une pointe longue et effilée. Ce corps présente des renflements au niveau des noyaux, ce qui lui donne un aspect noueux.

Le protoplasme est, par places, finement granuleux, homogène, ou plus grossièrement granuleux. Dans ces derniers points, on remarque au milieu des granulations de petits corpuscules réfringents, parfois nettement excavés. Ce sont des hématoblastes en tout semblables à ceux qu'on trouve dans le sang général, et fréquemment, au milieu du chapelet qu'ils forment, on voit un ou plusieurs globules rouges. Quand les cellules vaso-formatives se développent, elles deviennent cylindriques, leur protoplasma se creuse d'un espace plus ou moins étendu qui contient les hématoblastes et les globules rouges. Ces éléments semblent nager dans un liquide, et ainsi se trouve constitué un véritable espace capillaire rempli de sang, avant que la cellule vaso-formative soit réunie aux réseaux vasculaires voisins.

Les globules rouges nés dans les cellules vaso-formatives ne proviennent ni d'une transformation des globules blancs, ni du développement d'un élément primitivement nucléé. L. G. R.

De l'origine des hématies, par POUCHET (*Soc. de biol.*, 2 *mars* 1878). — **Note sur la circulation choriale des rongeurs, par le même** (*Ibid.*, 6 *avril*). — **Note sur l'évolution des éléments du sang des ovipares, par le même** (*Ibid.*, 8 *juin*). — **Note sur la constitution du sang après l'ablation de la rate, par le même** (*Ibid.*, 8 *juin*) (*Gaz. médicale*, 1878).

I. — L'auteur appelle de nouveau l'attention sur les parties constituantes du sang désignées par Zimmermann sous le nom de *corpuscules élémentaires*, et que Hayem a signalés comme les corps d'où dérivent les hématies.

Ces corpuscules élémentaires paraissent avoir pour origine les leucocytes. En effet, ils gardent, même après avoir déjà grandi, toutes les réactions de la substance des leucocytes avec les matières colorantes, etc.

Peut-on vérifier par l'expérience cette origine présumée ? En se plaçant dans certaines conditions, on voit les groupes de leucocytes qui se fixent aux parois vasculaires s'accompagner d'un amas plus ou moins considérable de corpuscules élémentaires. On peut même observer un leucocyte isolé surmonté d'une sorte de houppe formée de plusieurs corpuscules. Ceux-ci pourraient, il est vrai, s'être agglutinés aux leucocytes, sans provenir de leur substance. Cependant, tout semble indiquer qu'il n'en est pas ainsi, et que ces corps, appelés à devenir des hématies, sont des émanations directes du corps contractile des leucocytes du sang.

II. — Chez l'embryon de lapin du dixième au douzième jour, les hématies dériveraient directement de l'aire vasculaire. Chez l'embryon de lapin de 17 millimètres de long, les hématies dériveraient d'éléments (leucocytes) proliférant contre les parois vasculaires de la région extra-allantoïdienne du chorion. Ce n'est que plus tard qu'ils dériveraient directement ou indirectement des éléments du corps même de l'embryon. Vers l'époque de la naissance, en effet, on retrouve la région extra-allantoïdienne du chorion simplement parcourue par des capillaires qui n'offrent plus ni les mêmes dimensions, ni les mêmes amas d'éléments en prolifération sur leurs parois ; on trouve à cette époque, dans le sang, des corpuscules de Zimmermann.

III. — L'auteur fixe de la façon suivante les diverses phases du développement des globules sanguins, observées chez les tritons. Comme point de départ, on peut envisager le leucocyte simple constitué par un noyau sphérique avec un seul nucléole et un corps cellulaire extrêmement réduit, presque indistinct. Le nom de leucocyte type ou primaire peut convenir à cette forme, susceptible de se développer suivant deux directions différentes, pour devenir soit hématie, soit leucocyte confirmé. Dans l'un et l'autre cas, le premier phénomène observé est la multiplication du nucléole et la production d'une segmentation incomplète accusée par des sillons ; cette phase initiale est commune. Puis, si une hématie se développe, le moyau avec ses nucléoles multiples et ses sillons irréguliers de segmentation, prend la forme ovoïde. Aux deux extrémités de son grand axe se développent deux lames aplaties de substance hémoglobique, d'abord hyaline, ne fixant pas le carmin. Les hématies parvenues à cette phase sont les hématoblastes d'Hayem. Si, au contraire, le leucocyte primaire se transforme en leucocyte confirmé, le sectionne-

ment en quatre paraît être la règle ; le corps cellulaire devient plus considérable par rapport au noyau; après fixation par l'acide osmique il se dissout à la longue dans l'eau. La réaction du noyau n'a pas varié : fixation énergique du carmin, gonflement par l'eau. Les leucocytes arrivés à cette période peuvent entrer en régression.

IV. — L'auteur n'a pas seulement enlevé la rate à des mammifères, chez lesquels on a souvent admis une action vicariante d'organes autres que la rate ; il a dératé des oiseaux, des tritons chez lesquels il n'y a pas de glandes lymphatiques, et des poissons chez lesquels la moelle osseuse fait complétement défaut. Le sang, dans ces conditions, ne présente rien de spécial, sauf peut-être quelques formes aberrantes des éléments du sang, mais tout à fait sporadiques. L'origine de ces éléments ne doit donc être cherchée ni dans la rate, ni dans les autres organes dont le rôle vicariant reste absolument hypothétique. Les éléments du sang se renouvellent aux dépens d'eux-mêmes ou des éléments qui y sont normalement versés par le système lymphatique. L.-G. R.

I. — Recherches expérimentales sur les fibres nerveuses sudorales du chat, par A. VULPIAN (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 19 *août* 1878).

II. — Comparaison entre les glandes salivaires et les glandes sudoripares, relativement à l'action qu'exerce sur leur fonctionnement la section de leurs nerfs excito-sécréteurs, par le même (*Ibid.*, 26 *août*).

III. — Sur quelques phénomènes d'action vaso-motrice observés dans le cours de recherches sur la physiologie des nerfs excito-sécréteurs, par le même (*Ibid.*, 9 *septembre*).

IV. — Faits expérimentaux montrant que les sécrétions sudorales abondantes ne sont pas en rapport nécessaire avec une suractivité de la circulation cutanée, par le même (*Ibid.*, 30 *septembre*).

I. — Les recherches faites à l'aide du jaborandi et de son alcaloïde (la pilocarpine), viennent à l'appui des premières recherches de l'auteur sur le trajet suivi par les fibres nerveuses excito-sudorales, en montrant que ces fibres ne sont pas contenues, pour le membre postérieur, comme pour le membre antérieur, dans les cordons du grand sympathique. Ainsi, l'injection intra-veineuse d'infusion de jaborandi ou de chlorhydrate de pilocarpine, faite sur un chat curarisé et soumis à la respiration artificielle, plusieurs jours après la section de tous les troncs nerveux du plexus brachial du côté droit, ne détermine pas la moindre sécrétion des glandes sudoripares des pulpes digitales du membre correspondant; tandis que la même expérience, faite sur un chat qui a subi, plusieurs jours auparavant, l'excision du ganglion thoracique supérieur, donne lieu à une production notable de sueur sur les pulpes digitales du membre antérieur correspondant. On voit donc que toutes les fibres excito-sudorales du membre antérieur ne passent pas par le ganglion thoracique supérieur, puisque l'excision de ce ganglion ne produit pas une abolition progressive de l'action de toutes les fibres excito-sudorales de ce membre, tandis que ce résultat est déterminé par la section de tous les nerfs du plexus brachial du même côté. (Voir *R. S. M.*, XII, 430.)

II. — Des expériences semblables, entreprises sur la glande salivaire

sous-maxillaire, montrent que la section des nerfs excito-moteurs de cette glande n'a pas, sur son fonctionnement, une influence semblable à celle qu'exerce sur les glandes sudoripares des pulpes digitales du membre postérieur la section du nerf sciatique ; en effet le jaborandi agit encore sur la sécrétion sous-maxillaire plusieurs jours après la section des nerfs excito-salivaires, tandis que cette plante, ou son alcaloïde, la pilocarpine, à partir du sixième jour après la section du sciatique (nerf qui paraît contenir toutes les fibres excito-sudorales du membre postérieur), n'a plus d'action sur les glandes sudoripares du membre correspondant. — Parmi les hypothèses à invoquer pour expliquer cette dissemblance entre ces résultats, M. Vulpian pense qu'il faut surtout tenir compte de l'énorme quantité de cellules nerveuses réparties, soit isolées, soit réunies en groupes ganglionnaires plus ou moins volumineux, sur toute la longueur des nerfs sécréteurs de la sous-maxillaire, cellules qui, après la section de ces nerfs, empêchent vraisemblablement leurs fibres de perdre peu à peu leur excitabilité jusqu'à leurs extrémités périphériques.

III.—Des cellules nerveuses paraissent exister également à la périphérie des nerfs vaso-moteurs, mais ici elles n'auraient pas de rapport avec les nerfs excito-sécrétoires. En effet, dit M. Vulpian, quelques jours après la section transversale du nerf sciatique ou du plexus brachial, les pulpes digitales correspondantes sont devenues tout à fait pâles, anémiques: il y a alors contracture des vaisseaux, due sans doute à une action exercée par des cellules nerveuses et les ganglions situés sur le trajet périphérique des fibres vaso-motrices, action qui ne se manifeste pleinement que lorsque ces ganglions sont séparés du myencéphale depuis quelques jours.— D'autre part, sur ces pulpes pâles et anémiques on peut, par un léger frottement, provoquer une congestion réflexe : cet effet vaso-dilatateur réflexe est une nouvelle preuve de l'existence, si discutée, de centres nerveux périphériques. Mais, chose remarquable, le frottement des pulpes digitales, dans ces conditions, ou même la faradisation de ces pulpes, ne provoque pas de sécrétion reconnaissable des glandes sudoripares de la peau ainsi excitée. — D'une manière générale, il n'y a aucune relation entre le degré de la congestion des pulpes digitales et l'activité de la sécrétion sudorale dont elles sont le siége : en effet chez certains chats âgés, on ne parvient à provoquer la sécrétion des glandes sudoripares des orteils, ni par la curarisation, ni par l'action du jaborandi ou de la pilocarpine, etc. ; cependant, sur ces mêmes chats, les actions vaso-motrices, constrictives ou dilatatrices, directes et réflexes, s'obtiennent encore facilement. Enfin, ces mêmes actions vaso-motrices se produisent sous l'influence soit des excitations expérimentales des nerfs, soit du curare, soit du jaborandi ou de la pilocarpine, chez des chats auxquels on vient de faire absorber une petite quantité de sulfate d'atropine et qui, par suite, ne présentent pas le moindre phénomène de sudation dans toutes ces circonstances.

IV.—Enfin, la sécrétion sudorale n'est pas dans un rapport direct avec l'activité de la circulation cutanée, car, outre les faits publiés antérieurement par divers auteurs, Vulpian a montré : 1° que l'abondante sudation qui se manifeste sur les pulpes digitales postérieures lors de la faradisation du sciatique, coïncide avec un resserrement notable des vaisseaux ;

2° qu'au moment de la mort, lorsque le cœur est sur le point de s'arrêter, on voit, sur les chats, la sueur sourdre des pulpes digitales alors pâles et exsangues. M. DUVAL.

Weitere Untersuchungen über den Einfluss des Nervensystems auf die Schweissabsonderung (Nouvelles recherches relatives à l'influence du système nerveux sur la sécrétion sudorale), par NAWROCKI (*Centralbl. f. die medicin. Wissenchaft.*, *n°* 40, 1878).

La sécrétion sudorale est sujette, chez les animaux comme chez l'homme, à des anomalies remarquables. L'auteur a vu, sur des chats, la sudation se limiter au train de derrière ou au train antérieur, ou encore à un seul membre; il est commun d'observer des différences de degré entre les diverses parties du corps.

C'est la quatrième racine dorsale antérieure qui conduit les fibres qui président à la sécrétion sudorale du membre supérieur; l'excitation de cette racine par un faible courant d'induction, après la section de la moelle au niveau de la troisième vertèbre dorsale, provoque la sudation à la surface du membre. Pour le train de derrière, les fibres sudorales sortent de la moelle par les racines antérieures de la treizième paire dorsale et des première et seconde lombaires.

Les effets si nets de l'excitation de la quatrième racine dorsale antérieure cessent après la section du cordon thoracique du grand sympathique au-dessus de la quatrième vertèbre dorsale, et après l'extirpation du ganglion étoilé. Lorsque cette dernière opération a été pratiquée d'un côté, la sécrétion sudorale ne se produit plus ni sous l'influence d'un exercice musculaire qui l'excite sur le reste du corps, ni après l'excitation des nerfs médian et cubital. Ces résultats, conformes à ceux que Luchsinger et Nawrocki avaient déjà indiqués, sont en opposition avec ceux d'Adamkiewicz et de Vulpian.

L'auteur a pu constater, mais sur un très-petit nombre d'animaux seulement (les expériences sont faites sur des chats), une sécrétion très-peu abondante de sueur, plusieurs jours après la section de la moelle; ce qui doit faire rejeter l'hypothèse exclusive d'un centre unique de sécrétion qui serait situé dans la moelle allongée. G. HOMOLLE.

I. — Ueber die Secretionsströme und die Secretreaction der Haut bei Fröschen (Sur les courants de sécrétion et la réaction sécrétoire de la peau chez les grenouilles), par L. HERMANN (*Archiv für die gesammte Physiologie*, *XVII*, p. 291).

II. — Ueber die Secretionsströme der Haut bei der Katze (Sur les courants de sécrétion de la peau chez le chat), par L. HERMANN et B. LUCHSINGER (*Idem*, *t. XVII*, *p.* 310).

I. — Le point de départ de ces recherches est dans l'observation de Du Bois-Reymond, que la peau de grenouille manifeste une force électromotrice de l'extérieur à l'intérieur, cette différence de tension paraissant en rapport avec l'activité sécrétoire du tégument. Rosenthal a montré l'existence d'un courant analogue dans les muqueuses : Engelmann et

Rœber ont enfin annoncé que ce courant cutané éprouvait une variation négative lorsque l'on excitait les nerfs de la peau.

D'après Hermann, l'effet de l'excitation est variable : le plus souvent on a une variation positive. La grande durée de la phase latente, la lenteur de l'effet, sa persistance, sa cessation successive rappellent l'action des nerfs d'arrêt, des nerfs sécrétoires et des vaso-moteurs. Quant à la réaction du liquide sécrété, Hermann l'a trouvée alcaline dans le plus grand nombre des cas ; quelquefois acide. Il conclut que les animaux sur lesquels il opère possèdent deux espèces de sécrétions cutanées, une sécrétion alcaline et une sécrétion acide. On peut d'ailleurs reconnaître dans la peau jusqu'à trois espèces de glandes. La sécrétion alcaline appartiendrait aux glandes mucipares, la réaction acide aux « Körnerdrüsen » de Engelmann. Les premières sont réparties généralement et correspondent aux régions (dos) qui donnent une variation positive : les autres sont distribuées irrégulièrement dans les régions à variation négative (flancs).

II. — Le chat est fixé sur l'appareil de contention de Czermak : une sueur assez abondante provoquée par l'émotion et la terreur se manifeste dans les pattes postérieures. On relie celles-ci au circuit galvanométrique. Pas de courant. On coupe le sciatique d'un côté : la sudation cesse, la patte devient sèche et on constate l'existence d'un courant électrique qui va à travers l'animal de la patte indemne à la patte paralysée. On coupe le sciatique encore intact, le courant cesse. L'animal est alors empoisonné par une injection de curare : on pratique la respiration artificielle : l'empoisonnement est poussé jusqu'à la disparition de l'excitabilité musculaire. On excite alors alternativement le sciatique de l'un et l'autre côté : la sécrétion se produit immédiatement et on constate l'existence d'un courant électrique allant de la patte qui sécrète à celle qui ne sécrète pas. L'excitation du sciatique chez l'animal curarisé provoque donc un courant qui va de la surface à la profondeur de la peau. Le courant correspond bien à l'acte sécrétoire, car si l'on empêche ou diminue la sécrétion en injectant 1 centigramme de sulfate d'atropine, le courant diminue et cesse bientôt. DASTRE.

Die Schweissfasern für die Vorderpfote der Katze (Les nerfs sudoripares de l'avant-train du chat), par LUCHSINGER (*Archiv für die gesammte Physiologie von Pflüger, XVI, p.* 545).

L'excitation du bout périphérique du nerf médian, celle du nerf cubital, provoquent la sudation dans les régions correspondantes : leur section arrête l'effet de sudation déterminée par les excitants généraux de la moelle, sang asphyxique, chaleur.

Les filets sudoripares n'ont cependant point leur origine au même point que les filets sensitifs ou moteurs de ces nerfs. Ils viennent vraisemblablement des 3e, 4e, 5e et 6e paires rachidiennes, s'unissent au cordon sympathique, et se joignent ultérieurement aux nerfs mixtes de la région. (Voy. *R. S. M.*, XII, 430.) DASTRE.

D Secretion des Schweisses, eine bilateral-symmetrische Nervenfunction (La sécrétion de la sueur considérée comme fonction bilatérale et symétrique du système nerveux), par ADAMKIEWICZ (*Berlin, Hirschwald*, 1878).

La sécrétion de la sueur est, comme celle des larmes, ou de la salive, sous l'influence directe du système nerveux. Chez des sujets qui transpirent facilement, on provoque par l'excitation faradique des nerfs tibial ou médian des mouvements du pied ou de la main qui s'accompagnent d'une sueur localisée à la région plantaire ou palmaire, et la compression de l'artère afférente n'empêche pas le phénomène de se produire.

L'excitation d'un seul nerf provoque la sécrétion non-seulement du côté excité, mais dans les points symétriques des deux moitié du corps, d'une façon simultanée, même alors que l'abord du sang est supprimé d'un côté. Les mouvements volontaires peuvent déterminer les mêmes effets que les mouvements provoqués par l'électricité.

Après avoir démontré par ces expériences que la sécrétion est excitée par le système nerveux sans l'intervention du sytème circulatoire, l'auteur rapporte une autre série d'expériences destinées à montrer que la sudation peut être provoquée localement, d'une façon réflexe, par l'excitation des nerfs sensibles ; soit qu'on emploie le pinceau électrique ou qu'on ait recours à l'application d'un corps chaud, on détermine en même temps la sécrétion au point directement excité et au point correspondant de l'autre côté.

Ces expériences sur l'homme sont complétées par d'autres que l'auteur a faites sur des animaux. L'excitation du sciatique ou du plexus brachial détermine la sécrétion même après l'arrêt de la circulation et de la respiration. L'action paralysante, de l'atropine prouve d'ailleurs que la sécrétion est sous la dépendance du système nerveux et non du système circulatoire.

La section de la moelle au niveau de la première vertèbre lombaire et sa destruction, au-dessous, jusqu'à la hauteur de la quatrième vertèbre, n'empêchent pas qu'on provoque par l'excitation d'un des sciatiques une sécrétion de sueur sur la patte opposée. Ces expériences et d'autres encore tendraient à démontrer qu'il existe des centres pour la sécrétion sudorale des membres inférieurs dans toute la hauteur de la moelle lombaire ; que ces centres sont probablement contigus aux ganglions sensibles et moteurs des membres ; que les nerfs sécrétoires sortent de la moelle par les racines antérieures ; qu'indépendamment des fibres spinales il y a aussi des fibres sympathiques pour la sécrétion ; que la moelle allongée est le centre de tous les nerfs affectés à la sécrétion sudorale.

G. HOMOLLE.

Über secretorische und trophische Drüsennerven (Sur les nerfs sécrétoires et trophiques des glandes), par R. HEIDENHAIN (*Archiv. für die gesammte Physiologie von Pflüger, XVII, p.* 1).

Ludwig en 1851 a observé que, pendant la durée de l'excitation de la corde du tympan, la sécrétion sous-maxillaire changeait de composition. Heidenhain s'assura plus tard que, lorsque l'excitation du nerf devenait

plus forte, la sécrétion des parties solides croissait plus rapidement que la sécrétion de l'eau, et la mucine plus rapidement que les sels. Par là, le physiologiste de Breslau fut amené à penser qu'il y avait deux espèces de nerfs glandulaires, les uns pour la sécrétion de l'eau (*filets sécrétoires*), les autres pour la sécrétion des substances organiques (*filets trophiques*). Dans la corde du tympan et dans la chaîne sympathique existeraient des filets de l'une et l'autre espèce, mais en proportions inverses: les filets de la sécrétion aqueuse étant plus nombreux dans la corde du tympan, les filets de la sécrétion organique plus nombreux dans le cordon sympathique.

Les deux espèces de sécrétion s'accroissent simultanément et parallèlement dans quelques circonstances ; mais en réalité elles sont indépendantes l'une de l'autre. La rapidité de l'écoulement salivaire dépend de la force de l'excitant : la teneur de la salive en substances salines croît avec l'excitant et reste indépendante de toute autre condition du côté de la glande. Au contraire, la teneur en substances organiques, qui croît aussi avec la force de l'excitant, est liée à l'état de la glande, au temps depuis lequel elle fonctionne, au degré de son activité. Une excitation forte laisse la glande dans un état favorable à la sécrétion des matières organiques. — Les expériences que Heidenhain rapporte dans la première partie de son travail, démontrent ces assertions.

Dans la seconde partie, Heidenhain étudie la sécrétion parotidienne du chien. Les nerfs glandulaires sortis de la neuvième paire, arrivent avec le rameau tympanique du glosso-pharyngien dans la cavité du tympan, s'unissent au petit nerf pétreux superficiel et sont conduits à l'organe par le rameau auriculo-temporal. C'est Loeb qui a établi la réalité de ce trajet (1869). Une opération relativement facile permet d'arriver au rameau de Jacobson et de l'exciter directement ; on peut en même temps exciter la corde du tympan, et déterminer ainsi pendant plusieurs heures la sécrétion de toutes les glandes salivaires. Le sympathique fournit à la parotide des filets trophiques, mais non des filets sécrétoires. En excitant le rameau de Jacobson dans la caisse du tympan, et en mettant un manomètre en communication avec le canal de Sténon, on voit la pression s'élever à 118 millimètres de mercure.

Lorsque l'on étudie cette sécrétion, on voit que les caractères donnés par tous les auteurs, transparence, limpidité, ne sont pas absolus, mais dépendent des conditions dans lesquelles elle se produit. Heidenhain étudie ces variations ; il voit la teneur en parties solides diminuer avec la durée de la sécrétion. La force de l'excitation du nerf de Jacobson intervient ici exactement de la même manière que la force de l'excitation de la corde du tympan pour la glande sous-maxillaire.

En général, aucun observateur n'a vu l'excitation du sympathique provoquer la sécrétion parotidienne, sauf Nawrocki et Heidenhain, qui ont observé deux fois ce résultat. Néanmoins l'excitation du sympathique exerce une action remarquable sur l'organe sécréteur. Si on la pratique simultanément avec celle du rameau de Jacobson, on voit changer notablement la composition du liquide sécrété, qui devient très-riche en substances organiques. Cette action ne dépend point des filets vasomoteurs, car les variations de la circulation déterminées en obturant la carotide, et en la laissant libre n'entraînent pas le même effet. De là,

cette conclusion, que le sympathique renferme des filets trophiques pour la glande parotide.

Dans la troisième partie de son travail, Heidenhain étudie la parotide du lapin. Cette glande sécrète sous l'influence du sympathique (salive sympathique), et sous l'influence du facial (corde du tympan) (salive cérébrale); la sécrétion, de plus, est riche en ferment diastasique, ce qui n'arrive pas chez les carnivores. La salive parotidienne cérébrale peut être obtenue, soit en électrisant le bulbe après section du sympathique, soit en injectant à l'animal de la pilocarpine. — Elle est légèrement opalescente, mais néanmoins très-aqueuse. — La salive du sympathique est, au contraire, visqueuse, épaisse comme le suc pancréatique d'après Cl. Bernard; elle est riche en substances organiques, albuminoïdes, et en ferments. Le sympathique exerce donc une action spécifique sur les cellules glandulaires, et cette conclusion est confirmée par l'étude microscopique de la glande. Si on l'examine après l'avoir fait sécréter, en excitant le nerf cérébral, sa constitution histologique est identique à celle qu'elle avait pendant le repos. Si l'on a excité la sécrétion sympathique, sa constitution est tellement changée, que l'on croirait avoir sous les yeux un autre organe.

De tous ces faits, Heidenhain déduit une théorie de la sécrétion salivaire. — Cette sécrétion résulte de l'action simultanée de deux espèces de nerfs, les uns sécréteurs, les autres trophiques.

Les cordons glandulaires cérébraux contiennent de nombreux filets sécrétoires, peu de filets trophiques; aussi leur excitation fournit-elle un liquide aqueux. Le sympathique renferme, au contraire, des filets trophiques et peu ou point de filets sécrétoires (parotide du chien): de là une sécrétion épaisse, riche en matières organiques, ou pas de sécrétion fluide lorsqu'on excite ce nerf. DASTRE.

Untersuchungen über die Secretion der glandula parotis (Recherches sur la sécrétion de la glande parotide), par A. JŒNICKE (*Archiv für gesammte Physiologie von Pflüger, t. XVII, p.* 183).

Ce travail a été entrepris sous l'inspiration du professeur von Wittich. L'auteur commence par rappeler les résultats acquis par les physiologistes qui se sont occupés de la question. Il passe ensuite à l'étude expérimentale de l'influence exercée par le sympathique et le pneumogastrique sur la sécrétion parotidienne chez le chien, le lapin et le mouton. Il excite le sympathique dans deux conditions différentes : en provoquant une augmentation de pression dans le système circulatoire par la ligature de l'aorte abdominale, et d'autre part sans provoquer cette augmentation de pression. Dans le cas où l'aorte est liée, l'écoulement de la salive parotidienne commence beaucoup plus tard que dans le cas contraire, et il est beaucoup plus lent.

L'auteur vérifie ensuite l'observation de Wittich, à savoir que l'excitation du sympathique cervical reste sans effet sur la parotide lorsque l'on a préalablement arraché le nerf facial. La question est de savoir s'il y a un réflexe du sympathique sur le facial : mais alors, l'accroissement de la pression du sang ne devrait pas diminuer ce réflexe, comme on a vu qu'il arrivait dans l'expérience précédente. La dyspnée asphyxique

devrait l'augmenter. L'auteur poursuit des recherches du même genre sur le vague et il conclut que l'action exercée par le sympathique sur la glande parotide est le résultat d'une modification circulatoire, d'une action vasomotrice et non d'une action sécrétoire. Le sympathique, en d'autres termes, n'apporte pas d'éléments secréteurs à la glande parotide.

DASTRE.

Ueber verschiedene Arten der Nervenerregung (Sur les différentes espèces d'excitations des nerfs), par P. GRÜTZNER (*Archiv für die gesammte Physiologie von Pflüger, XVII, p.* 215).

Ce travail se divise en trois parties. Dans la première, l'auteur établit l'action de l'échauffement et du refroidissement sur les nerfs. Le nerf est engagé dans un manchon métallique rempli d'une solution de sel commun ou d'huile d'olive qu'on peut amener au degré de température dont on veut essayer l'effet. L'auteur a d'abord cherché à savoir si l'échauffement provoquait à la périphérie la secousse musculaire avant les manifestations de l'excitation centripète. En opérant sur le pneumogastrique, l'effet central paraît couvrir l'effet périphérique. Avec le sciatique, on peut agir sur le bout périphérique de manière à le désorganiser par une température de 60 à 70° sans provoquer de contraction musculaire; celle-ci n'apparaît que si l'échauffement se fait avec une grande rapidité. Une température qui exerce l'effet le plus énergique sur les nerfs sensitifs est donc sans effet sur le nerf moteur. La même conclusion est applicable aux muscles lisses : les vaso-constricteurs de l'oreille contenus dans le sympathique, ceux de la langue contenus dans l'hypoglosse n'entrent pas en action sous l'influence de l'échauffement. Grützner suppose que le sciatique contient des vaso-dilatateurs, opinion dont MM. Dastre et Morat ont démontré la fausseté: il constate, en échauffant ce nerf, un effet d'excitation sur ces prétendus dilatateurs qui agiraient ainsi d'une manière toute différente des nerfs moteurs. Les dilatateurs de la peau seraient les seuls nerfs centrifuges excitables par la chaleur. Le refroidissement n'excite ni les fibres centrifuges ni les fibres centripètes.

Dans la seconde partie de son travail, Grützner étudie l'influence du courant électrique continu sur les nerfs. Les nerfs moteurs se distinguent ici des nerfs sensitifs : ces derniers ne seraient excités que par l'ouverture ou la fermeture du courant : les nerfs moteurs le seraient par le passage même du courant. Cet énoncé contredit en partie les lois de Pflüger qui assimilent les conditions d'excitation des deux espèces de nerfs. Grützner se demande si l'analogie ne serait pas rétablie par ce fait que les nerfs sensitifs eux-mêmes seraient excités par le passage du courant. Ses expériences le confirment dans cette manière de voir. Le courant constant agirait donc comme l'application de la chaleur : il exciterait toutes les fibres centripètes et parmi les filets centrifuges, seulement les dilatateurs cutanés.

Dans la troisième partie, l'auteur passe à l'étude des excitants chimiques. D'une façon générale l'action de ceux-ci porte surtout sur les nerfs centrifuges, ou du moins sur les parties périphériques. Grützner

annonce que, dans tous ces cas nouveaux d'excitation, l'oscillation négative ne fait point défaut. DASTRE.

Zur Kenntniss der Functionen des Rückenmarkes (Contribution à la connaissance des fonctions de la moelle épinière), par LUCHSINGER (*Archiv für die gesammte Physiologie von Pflüger, XVI, p.* 510).

L'auteur se propose d'établir que la moelle épinière présente, échelonnés sur toute son étendue, une série de centres qui commandent les fonctions de toutes les parties. Ces centres fonctionnels entrent en activité sous l'action des nerfs sensitifs (activité réflexe), et directement sous l'action des excitants physiologiques (activité automatique).

Cette doctrine qui fait de la moelle le lieu des centres fonctionnels pour le tronc, a été méconnue dans ces dernières années. La moelle a été dépossédée de son influence physiologique au profit du bulbe. C'est dans le bulbe que l'on a placé le centre qui gouverne la contractilité artérielle, sous le nom de centre vaso-moteur général. — Cette opinion qui s'est établie à la suite des recherches de Bezold, Thiry, Traube, Kussmaul et Tenner, règne encore dans la science. — C'est aussi dans le bulbe que l'on a placé le *centre convulsivant*, c'est-à-dire le foyer nerveux dont l'excitation provoque les convulsions générales de l'animal. De même encore, c'est dans le bulbe que Nawrocki (1878) met le point de départ des excitations qui provoquent la sudation, c'est-à-dire l'origine physiologique des nerfs sudoripares.

L'ensemble des faits récemment acquis, proteste contre cette centralisation supposée de l'activité nerveuse dans le bulbe; et d'après l'auteur, il faut au contraire la disséminer le long de la moelle. Les centres moteurs, vaso-moteurs, sudoripares, sont échelonnés aux différents niveaux du cordon médullaire.

Pour les centres moteurs la démonstration est à moitié faite, puisque l'on connaît depuis longtemps le pouvoir réflexe de la moelle. Luchsinger n'a plus qu'à établir son pouvoir automoteur. Il faut pour cela exciter directement la moelle, et en particulier les cellules des cornes antérieures. Kussmaul et Tenner en ont trouvé le moyen : il consiste à entraver la respiration; le sang dyspnéique est l'un des excitants les plus puissants de l'activité médullaire. C'est à ce moyen que recourt Luchsinger. Dans une première série d'expériences sur le chat, il montre que le sang dyspnéique fait éclater des convulsions localisées au train postérieur; si l'on a sectionné la moelle dorsale, si l'on arrête la circulation dans les artères carotides et cervicales, on voit se produire des convulsions générales : mais si l'on arrête la circulation dans la moelle, en exerçant une traction sur un fil posé sur l'aorte descendante, les convulsions sont localisées au train postérieur. — Cette expérience prouve le haut degré de sensibilité des cellules ganglionnaires de la moelle pour le sang asphyxique. Il est inutile dès lors d'admettre des *Centres convulsifs* encéphaliques. La notion de ces centres encéphaliques a été introduite dans la science par les expériences sur les poisons convulsivants, ammoniaque, nicotine, cicutine, picrotoxine. On admettait (von Röber, 1868, Heubel, 1871, Böhm) que ces substances ne provoquent des convulsions qu'autant que

la moelle n'était pas séparée de l'encéphale. Luchsinger a repris l'étude du plus remarquable de ces poisons, la picrotoxine, et il est arrivé à un résultat contraire. Il y a excitation directe des centres moteurs de la moelle par la picrotoxine; il y a aussi excitation de tous les centres fonctionnels : toutes les fonctions médullaires s'exaltent; il y a convulsions, constriction vasculaire, sudation, alors même que le bulbe a été séparé de la moelle.

Pour les centres vaso-moteurs, Brown-Séquard, Nasse, Schiff, Goltz, Vulpian, ont déjà montré leur existence dans la moelle, en examinant le résultat de la destruction de ce cordon à différents niveaux, ou en provoquant leur activité réflexe. Luchsinger en stimule l'activité automotrice, au moyen du sang asphyxique. Il coupe la moelle chez un chat curarisé à la limite : et en arrêtant la respiration artificielle, il voit se produire une élévation de la pression sanguine. Il établit que cette élévation de la pression est due à la suractivité des centres vaso-moteurs rachidiens.

L'auteur conclut, avec Pflüger, que les centres prochains de toutes les fonctions du tronc, siégent dans la moelle épinière, et que toute substance qui excite l'un quelconque de ces centres fonctionnels excite tous les autres: c'est, en des termes un peu différents, la conclusion qu'a formulée depuis longtemps M. Vulpian, dans l'article Moelle, du *Dict., encycl. des sciences médicales*, paru en 1875. DASTRE.

I. — Beobachtungen und Versuche am sudamerikanischen Zitteraale (Gymnotus electricus) (Recherches et observations sur le gymnote électrique), par Carl SACHS (*Archiv f. Anat. u. Phys., p.* 66-95, 1877).

II. — Beobachtungen und Versuche am Zitterwelse und Mormyrus des Niles (Recherches et observations sur le malaptérure et le mormyre du Nil), par BABUCHIN (*Même recueil, p.* 250-275, 1877).

I. — On sait comment Humboldt raconte la manière dont les pêcheurs prennent des gymnotes. En faisant entrer des chevaux ou des mules dans les rivières on excite les poissons électriques (gymnotes) à donner une multitude de décharges, de manière à ce que les gymnotes soient à la fin tout à fait épuisés, et dans ces conditions on peut les prendre sans danger. Sachs pense que ce récit n'est pas exact. Pour prendre les gymnotes on jette les filets dans des petites rivières, et on retire les poissons du filet, en les prenant à la main, après avoir pris soin de mettre des gants de caoutchouc qui protégent contre la secousse. Cette secousse est en effet si forte qu'elle fait pousser des cris de douleur; même en touchant la peau de l'animal avec un seul doigt on reçoit une forte secousse. C'est un exemple remarquable d'excitation unipolaire. L'animal donne sa décharge sans mouvement apparent.

L'appareil électrique se fatigue peu à peu, pour revenir ensuite à sa forme première. Cette fatigue cependant ne survient qu'à la longue. Un gymnote ayant donné 150 décharges en une heure, peut encore donner à huit personnes se tenant par la main une violente secousse.

La réaction de l'organe électrique, lorsqu'il est frais, est alcaline, plus tard, après qu'il a été excité, elle est très-acide.

Une question très-intéressante que Sachs a cherché à résoudre est celle-ci: Pourquoi les muscles du gymnote ne répondent-ils pas à la décharge que l'animal donne? En effet, l'excitation électrique portée directement sur les muscles du gymnote, montre qu'ils sont très-sensibles à l'électricité (d'induction) et cependant dans un bassin où se trouvent plusieurs gymnotes, à côté l'un de l'autre, ils restent complétement immobiles, quoiqu'ils lancent à chaque instant de très-fortes décharges.

Sachs est arrivé à une conclusion qui se rapproche beaucoup des faits que Marey a démontrés sur la torpille. Des excitations uniques n'agissent pas sur les nerfs et les muscles du gymnote, tandis qu'il sent des excitations accumulées et très-rapprochées (addition latente). Il faut, pour obtenir les mêmes résultats, un courant quarante fois plus intense, quand la décharge est unique, que quand elle est multiple. Est-ce pour cela que le gymnote offre une immunité remarquable à sa propre décharge?

Chaque portion de l'organe électrique, séparée du corps, conserve pendant longtemps un pouvoir électrique considérable; en général la partie postérieure de l'organe électrique est plus active que la partie antérieure.

La strychnine agit sur l'organe électrique comme sur le muscle, en provoquant une sorte de tétanos de l'organe. Le curare à faible dose semble agir à peu près comme la strychnine. Alors que le système musculaire est paralysé, l'appareil électrique semble encore actif. Avec une plus forte dose, il est complétement paralysé.

L'ammoniaque appliqué sur la section longitudinale de l'organe provoque une violente secousse; appliqué sur la section transversale, il n'a pas d'action.

Quant à la durée de la période d'excitation latente de l'organe électrique, Sachs n'est pas arrivé à des résultats précis, et on peut dans le mémoire de M. Marey (*R. S. M.*, IX, 481) trouver des indications plus nettes à ce sujet.

Dans le mémoire si intéressant de Sachs se trouvent encore des recherches d'anatomie. En arrière de l'organe électrique bien connu des gymnotes, se trouve un autre organe, différent du premier par sa couleur plus foncée et la forme de ses divisions assez régulièrement rectangulaires. Sachs émet l'hypothèse que c'est un organe de reproduction de l'organe électrique parfait, à peu près comme la matrice unguéale sert à la reproduction de l'ongle.

En retournant sur la côte, Sachs a recueilli une plante (de la famille des Apocynées : *Guachamaca venenosa*, Enst.?) connue des naturels du pays, qui empoisonnent leurs flèches avec le suc laiteux qui s'écoule de l'écorce incisée. Quelques gouttes de ce poison endorment profondément un animal sans altérer le rhythme de la respiration.

Les recherches tentées sur l'embryogénie des gymnotes n'ont pas abouti, par suite de la difficulté qu'il y a à se procurer des gymnotes pendant la saison des pluies, qui est aussi l'époque ou ils fraient.

II. — Les recherches de M. Babuchin ont été faites dans la Haute-Égypte à Siout et à Luxor (?). Ces recherches portent aussi sur la fonction électrique de certains poissons (malaptérure-mormyre du Nil).

Babuchin a remarqué comme Sachs, la grande résistance qu'offre le nerf électrique du malaptérure à l'excitation isolée. Peut-être cette

résistance tient-elle à l'épaisseur du névrilème qui est très-dense. En effet le tronc est difficilement excitable, tandis que les rameaux nerveux qui se détachent du tronc sont excités par des courants électriques beaucoup plus faibles.

Commeles nerfs électriques sont excitablespar des excitations mécaniques, on peut donner une démonstration élégante de la conductibilité du nerf dans les divers sens. En effet, si on prend le tronc du nerf (centrifuge) en le séparant des rameaux qu'il donne à la périphérie, mais en conservant cette partie de l'organe électrique qui est près du centre, l'excitation mécanique de la périphérie du nerf provoque une décharge dans la portion de l'organe électrique plus près du centre, ce qui démontre que la transmission nerveuse se fait par voie centripète, comme elle se faisait primitivement et à l'état normal par voie centrifuge.

Alors que le nerf est devenu insensible à l'excitation électrique, il est encore excité par la dilacération, la section, etc. Il semble, en comparant les expériences de Babuchin à celle de Sachs, que l'organe électrique du malaptérure s'épuise plus facilement que l'organe électrique du gymnote.

Babuchin pense, d'après quelques expériences, que le curare ne paralyse pas la fonction de l'organe électrique.

Peu d'expériences ont été faites sur le mormyre, qui n'a pas un appareil électrique, mais un appareil pseudo-électrique comme celui de la raie. Cependant Babuchin a pu constater que cet organe pseudo-électrique réagit comme un organe électrique, mais faiblement.

Quant à l'embryogénie des malaptérures et des mormyres, Babuchin n'a pu obtenir de renseignements positifs. Les naturels du pays pensent que le malaptérure est vivipare et que pendant le développement de ses petits, il les garde dans sa bouche. Mais il est très-possible que ce soit une fable. CHARLES RICHET.

Beobachtungen und Versuche an lebend nach Berlin gelangten Zitterwelzen (Malapterurus electricus). (Observations et expériences faites sur un malaptérure électrique vivant), par E. DU BOIS-REYMOND (*Gesamm. Abhandl. zur allg. Muskel und Nervenphysik; II*, 1877, *p.* 601).

Ces recherches, faites pendant les années 1857, 1864, ont été en partie publiées en 1857, 1858 et 1859. Le poisson était toujours maintenu dans l'eau pendant les expériences, mais on prit des précautions pour diminuer autant que possible l'action isolante du liquide dont la masse atténue les effets observés. Une boussole de Weidemann mesurait l'intensité de la décharge, une patte de grenouille galvanoscopique annonçait sa production, une patte induite faisait connaître la forme et la durée de la décharge analogue à une secousse musculaire du gastrocnémien, fait déjà signalé par Eckard et Marey pour la torpille.

La décharge est extrêmement forte si on la compare au volume de l'animal ; elle est moins brusque que celle d'une bouteille de Leyde; elle a quelque chose d'ondulant.

La direction de la décharge dans l'organe du malaptérure est invariablement de la tête à la queue, ce qui est en contradiction avec la loi de Pacini, d'après laquelle la surface des plaques électriques par laquelle

pénètrent les nerfs est négative au moment de la décharge. Robin avait déjà signalé pour l'organe pseudo-électrique de la raie commune une disposition analogue à celle qu'indique Du Bois-Reymond.

Dans ces expériences comme dans celles qui avaient été déjà faites par d'autres observateurs, on constata de la manière la plus frappante une opposition entre l'intensité de la décharge et son étendue; jamais elle ne franchit sous forme d'étincelle le plus petit espace entre des conducteurs métalliques, tandis qu'un courant à peine sensible d'une machine d'induction donne des étincelles.

La partie postérieure de l'organe agit moins énergiquement que l'antérieure.

Le malaptérure possède une résistance relativement considérable à l'action des décharges électriques; il ne paraît pas affecté par des courants constants ou des courants d'induction capables de tuer différents poissons, nageant dans le même bassin que lui; il ne présente même aucun mouvement involontaire de nature convulsive. On s'explique ainsi l'immunité singulière de l'animal par rapport à son propre courant. L'excitation prolongée des nerfs électriques ne provoque pas un courant continu, mais bien une série de décharges très-rapprochées.

A l'état frais l'organe électrique est neutre aux réactifs; vers le troisième jour après la mort, il devient franchement acide. G. HOMOLLE.

Ueber das Ruckenmark und den electrischen Lappen von Torpedo, par REICHENHEIM (*Berlin, Hirschwald, in-4°*, 1877). — **Sopra il medollo spinale ed il lobo elettrico della Torpedine. (Sur la moelle et le lobe électrique de la torpille), par le même** (*Atti della Acad. dei Lincei, III*, 1, 1876-1877).

La moelle de la torpille, triangulaire à base antérieure, à angles arrondis, présente deux groupes cellulaires dans chacune de ses moitiés; ce sont les cornes antérieures et postérieures; les premières renferment de grands cellules très-distinctes; les autres de très-petites cellules à peine reconnaissables.

Le lobe électrique constitue un appareil aussi spécial que l'organe électrique même; étudié chez le malaptérure par Bilhaz et par Sachs chez le gymnote, il a été étudié de nouveau par l'auteur chez la torpille au moyen de coupes transversales et longitudinales.

Situé entre la moelle allongée, les tubercules quadrijumeaux et le cervelet, il mesure environ un centimètre de large et un demi-centimètre de long. Il est constitué par un seul amas de substance nerveuse, susceptible à la vérité de se diviser au niveau de la ligne médiane avec la plus grande facilité.

La surface de l'organe est revêtue par une couche unique de cellules épithéliales petites et caduques, sans cils vibratiles.

La structure en est fort simple; il est constitué par un amas de cellules colossales de même forme et de mêmes dimensions.

L'auteur croit pouvoir estimer à 15000 le nombre des éléments cellulaires, fait intéressant à rapprocher de ce qui s'observe chez le malaptérure où le même organe est représenté seulement par deux grosses cellules ganglionnaires.

Le trajet des fibres qui relient l'organe électrique aux autres départements nerveux est tout à fait inconnu chez le malaptérure et le gymnote; l'auteur a reconnu dans la moelle allongée de la torpille la présence d'un noyau gris qu'un tractus relie au lobe électrique, de sorte qu'on y pourrait voir avec grande vraisemblance un centre de communication.

G. HOMOLLE.

I. — Recherches anatomiques et expérimentales sur le nerf vertébral, par François FRANCK (*Soc. de biol.*, 27 *avril* 1878).

II. — De la dissociation des filets irido-dilatateurs et des nerfs vasculaires au-dessus du ganglion cervical supérieur, par le même (*Ibid.*, 20 *juillet*).

I.— L'auteur présente les premiers résultats de recherches d'anatomie comparée et de vivisections tendant à montrer que les nerfs qui se détachent du premier ganglion thoracique pour accompagner l'artère vertébrale dans le canal des apophyses transverses, constituent non-seulement des branches efférentes de ce ganglion, mais aussi et surtout des racines cervicales du cordon thoracique du sympathique.

Ses expériences montrent qu'il y a dans les nerfs accompagnant l'artère vertébrale des filets ascendants (iriens, vasculaires) et des filets descendants (cardiaques accélérateurs).

Mais un autre effet produit par la section du nerf vertébral, et sur lequel l'attention avait déjà été attirée par Pavy, Cyon et Aladoff, c'est la production du diabète. Le sucre ne se trouve pas toujours dans l'urine, mais il augmente toujours dans le sang. L'auteur propose provisoirement l'interprétation suivante : la section du nerf vertébral interrompt la continuité d'un certain nombre de filets vaso-moteurs destinés aux branches des vaisseaux du foie et provenant de la moelle cervicale ; l'hyperglycémie tiendrait seulement à un lavage plus considérable du foie et à un déversement plus abondant de sucre dans la circulation.

II. — Dans une seconde note, F. Frank étudie de nouveau quelques particularités de l'innervation de l'iris. De ses expériences découle cette conclusion que l'excitation du sympathique cervical agit directement sur l'iris, sans qu'il soit nécessaire d'admettre une action vasculaire intermédiaire. Il en résulte en outre, que les fibres irido-dilatatrices fournies par le sympathique viennent s'unir par le rameau jugulaire, au niveau de l'origine de la branche ophthalmique, à celles que le trijumeau reçoit du bulbe lui-même, comme l'ont montré déjà les expériences de Cl. Bernard, de Schiff, etc.

L. G. R.

Zur Physiologie der motorischen Nervenendplatte (Physiologie des plaques terminales des nerfs dans les muscles), par TSCHIRJEW (*Archiv f. Anat. u. Phys.*, *p.* 137, 1878).

Dans cette étude plus physique que physiologique, Tschirjew s'est proposé d'appuyer l'hypothèse de Du Bois-Reymond relativement au rôle des plaques terminales motrices. On sait qu'il y a sur la fonction de ces éléments deux hypothèses : celle de Krause (1869) qui suppose que les plaques terminales sont en quelque sorte des appareils électriques qui

donnent des décharges électriques à la fibre musculaire. Au contraire Du Bois-Reymond (1874) pense qu'il y a une variation négative dans toute l'étendue du nerf, par conséquent aussi dans les plaques terminales, et que c'est cette variation négative qui influence l'état électrique du nerf.

Or, en excitant le muscle soit médiatement par le nerf, soit directement, Tschirjew n'a pas pu voir de différence dans la contraction musculaire; l'épuisement se manifeste tout aussi vite dans un cas que dans l'autre, et il en conclut qu'entre la fibre musculaire et la fibre nerveuse, il n'y a pas cet appareil de condensation que Krause a supposé sans motif. Car si cet appareil existait, il s'épuiserait très-rapidement ; et l'expérience montre que l'épuisement est tout aussi rapide par l'excitation directe du muscle, que par l'excitation de son nerf. C. R.

Ueber den Einfluss der Innervation auf den Stoffwechsel ruhender Muskeln (Influence de l'innervation sur la nutrition des muscles au repos), par N. ZUNTZ (*Société générale des médecins de Cologne*, 13 *avril* 1877; *Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 10, *p.* 141, 11 *mars* 1878).

Pour apprécier l'influence de l'innervation sur la nutrition des muscles à l'état de repos, Zuntz a comparé la proportion d'oxygène et d'acide carbonique contenue dans les vaisseaux afférents et efférents, en mesurant simultanément la quantité de sang qui traverse le muscle dans l'unité de temps.

Les expériences ont été faites sur les muscles fémoraux de chiens de grande taille ; tantôt Zuntz examinait la même cuisse avant et après la section des nerfs, tantôt il analysait simultanément le sang des deux membres dont l'un avait ses nerfs coupés. La circulation dans les muscles explorés n'a subi aucune interruption ; comme dans les expériences de Sczelkow, une canule dirigée en haut fut fixée dans la veine fémorale, au-dessous de l'abouchement de la fémorale profonde, et une anse de fil fut passée autour de la veine au-dessus de ce point. Tant que l'anse restait flottante, le sang s'écoulait vers le cœur ; lorsqu'au contraire on recueillait le sang par la canule, l'anse soulevée mettait obstacle au trajet du sang vers le cœur.

Zuntz a imaginé un procédé spécial pour recueillir le sang. Ce liquide s'accumulait au-dessous d'huile d'olive pure qu'il refoulait au dehors du tube de mensuration par un tuyau d'échappement qu'on pouvait fixer à la hauteur désirée. Au moment où l'expérience commença, le tuyau d'échappement était placé de façon que la pression dont le sang, affluant dans le tube de mensuration, devait triompher était exactement la même que la pression latérale mesurée immédiatement auparavant dans la veine se vidant en liberté du côté du cœur. Par suite de ce que le sang recueilli pour l'analyse rencontrait dans son écoulement la même résistance que celle qu'il éprouvait précédemment dans son trajet vers le cœur, la saignée n'altérait en rien le cours du sang dans les muscles. Il est bien entendu que la perte de sang produite par cette saignée était assez minime pour ne pas avoir une influence appréciable sur la circulation.

La saignée terminée, l'huile fut expulsée à l'abri de l'air par du mercure avec lequel le sang fut défibriné.

Une expérience faite à titre de contrôle montra que l'huile ne déterminait aucune modification des gaz du sang.

Les expériences dont les résultats suivent sont seulement celles où il n'y eut aucune trace de mouvement musculaire dans la cuisse encore innervée, durant tout le cours de la saignée, et où l'animal était au repos déjà depuis un certain temps. La mensuration de tous les gaz a été effectuée à la température de 0°, et à la température de 1 m.

Expérience du 24 septembre 1875. On ne put se servir que du sang d'une très-petite veine musculaire.

Sang de la veine fémorale droite . . . =	1,2 0/0 O	36,32 0/0 CO^2
Sang de l'artère carotide. . . . . =	14,4 0/0 O	21,92 0/0 CO^2
Donc dans les muscles il s'est consommé ou au contraire formé. . . . . —	13,2 0/0 O +	14,40 0/0 CO^2

10 centimètres cubes de sang s'écoulèrent de la veine en 65 secondes 3. Après section du nerf sciatique et du fémoral droit :

Sang de la veine fémorale droite. . . =	2,85 0/0 O	33,16 0/0 CO^2
Sang de l'artère carotide. . . . . =	13,30 0/0 O	23,06 0/0 CO^2
Différence —	10,45 0/0 O +	10,10 0/0 CO^2

10 centimètres cubes de sang s'écoulèrent en 92 secondes 5.

D'où l'on peut déduire que l'échange gazeux par minute était avant la section des nerfs égal à 1cc,21 d'oxygène et 1cc,32 d'acide carbonique; et après la section des nerfs = 0cc68 d'O et 0,65 de CO^2.

Expérience du 31 octobre 1875 dans laquelle on examine conjointement le sang des deux cuisses dont la droite est innervée normalement, tandis qu'à gauche les nerfs fémoral et sciatique ont été coupés.

A droite par minute. . . . . = 1cc,42 O et 0,834 CO^2
A gauche par minute. . . . = 1cc,34 et 0,124.

Expérience du 20 octobre 1875. Du côté où les nerfs sont intacts, le sang veineux renferme 6,10 0/0 d'oxygène et 38,26 0/0 d'acide carbonique ; il s'écoule par minute 17cc,1 de sang.

Simultanément sur l'autre membre où les nerfs sont coupés, le sang veineux contient 4,9 0/0 d'oxygène et 33,48 0/0 d'acide carbonique ; il s'écoule par minute 12cc de sang.

Toutes ces expériences témoignent d'une diminution de l'oxydation musculaire en suite de la section des nerfs, toutefois elles sont encore trop peu nombreuses pour permettre des conclusions certaines. J. B.

De l'action de l'électricité comparativement sur les muscles et les éléments doués de mouvements: cils vibratiles, styles des infusoires, etc., par CADIAT (*Soc. de biol.*, 18 *mai* 1878).

Les expériences de l'auteur mènent à la conclusion suivante: étant

donné que le muscle, à quelque animal qu'il appartienne, se contracte sous l'action de l'électricité, tandis que les cils vibratiles, le style des vorticelles, etc., ne réagissent pas sous la même influence, on peut affirmer que le principe de tout mouvement ne réside pas dans une substance dite sarcodique ou protoplasmique formant ici la fibre musculaire, là le cil vibratile, mais que la contractilité spéciale du muscle, mise en jeu par l'électricité, est une propriété de tissu appartenant en propre à la fibre lisse ou striée, et que le principe du mouvement des cils vibratiles, etc., dépend aussi de la substance qui les compose, substance différente de celle qui entre dans la constitution des muscles. L. G. R.

The source of muscular power, as deduced from observations upon the human subject under conditions of rest and of muscular exercice (Source de la force musculaire, déduite d'observations faites sur l'homme pendant le repos et l'exercice musculaire), par Austin FLINT (*Journ. of Anat. and physiol.*, *t. XII. oct.* 1877).

L'auteur de cet important mémoire a repris les expériences qui ont été faites à ce sujet par Liebig, Lehmann, Fick et Wislicenus, Pavy, etc. La méthode qui consiste à calculer la quantité possible de force dont est capable le corps vivant, en prenant pour seule base du calcul l'équivalent mécanique de la nourriture, doit être abandonnée jusqu'à ce que les divers éléments du problème puissent être mis exactement d'accord avec les résultats fournis par des expériences faites sur le vivant; car, jusqu'à présent, les faits ne concordent pas avec la théorie. Aussi, Flint a-t-il cherché la solution du problème dans des expériences instituées sur lui-même et sur d'autres sujets humains, soumis à un régime donné, et se livrant à un certain exercice. Il comparait la quantité d'azote contenue dans les ingesta à celle que renfermaient les excréta. Ses expériences l'ont amené aux conclusions suivantes :

La source de la force musculaire réside dans les muscles eux-mêmes. La mise en jeu de la force musculaire entraîne immédiatement la destruction d'une certaine quantité de la substance propre des muscles, dont l'azote excrété par l'économie donne la mesure. La nourriture azotée n'est qu'indirectement la source de la force musculaire; assimilée par le tissu musculaire, elle en répare les pertes et développe en lui la capacité au travail, mais elle ne se transforme pas directement en force dans le corps vivant. Les substances azotées servent seulement à entretenir le système musculaire.

Dans les conditions normales, la perte éprouvée par les muscles qui travaillent est compensée par l'assimilation des substances alimentaires. Par suite d'un exercice musculaire excessif et prolongé, la perte du tissu des muscles n'est plus compensée par la nourriture; dans ce cas, la quantité d'azote excrétée, principalement par les urines, devient très-grande, si la nourriture ne renferme pas plus d'azote que n'en contiennent les aliments du sujet en expérience à l'état de repos; la quantité d'azote excrétée diminue, au contraire, si la nourriture du sujet qui travaille est plus azotée. Dans ce dernier cas, en effet, la perte subie par le tissu musculaire est en partie ou en totalité réparée.

Le système musculaire n'est donc pas comparable à une machine, car

il tire sa force de lui-même, tandis que cette dernière l'emprunte directement au combustible qu'on lui fournit. F. HENNEGUY.

Das Verhalten der physiologischen Reactionszeit unter dem Einfluss von Morphium, Caffee und Wein (Manière dont varie le temps de réaction physiologique sous l'influence de la morphine, du café et du vin), par DIETL et VINTSCHGAU (*Archiv. für die gesammte Physiologie von Pflüger, XVI, p.* 316).

Le temps de la réaction physiologique à une excitation de la sensibilité tactile est mesuré au moyen d'un appareil chronographique. L'excitation de la peau est toujours portée au même point, sur la pulpe de la 3e phalange du médius de la main droite ; l'instrument excitateur est un pinceau dont l'instant du contact avec la peau est enregistré avec précision sur un cylindre tournant ; l'instant où la réaction se produit est également marqué ; l'intervalle constitue le *temps de la réaction physiologique*. On pourrait faire des mesures analogues en recourant aux excitations portées sur les sens de la vue, de l'ouïe ou du goût : mais le sens du toucher offre cet avantage de ne pas se fatiguer comme les autres et les épreuves successives ne se nuisent pas entre elles. L'excitation produite par le contact est préférable à celle que produit une décharge électrique parce que le temps de réaction dépend de l'intensité du choc électrique, et est au contraire sensiblement indépendant de l'intensité du choc mécanique, qui d'ailleurs varie très-peu.

Les auteurs ont commencé par déterminer sur eux-mêmes l'influence exercée par quelques conditions physiologiques sur la durée de la réaction. Ces études préliminaires étaient destinées à fournir un terme de comparaison.

Les observations poursuivies pendant longtemps ont permis de connaître le temps moyen de la réaction et ses oscillations extrêmes dans les circonstances principales où l'expérimentateur peut se trouver placé. Ce temps a été fixé pendant l'été et pendant l'hiver, on a déterminé la manière dont l'habitude et la fatigue pouvaient le faire varier. Pour Dietl la valeur moyenne générale de ce coëfficient physiologique a été trouvée égale à 0",137. Pour Vintschgau ce temps est de 0,153.

En général, le temps de réaction est plus court en hiver qu'en été ; il s'accroît notablement dans les jours de chaleur étouffante. Toutes les affections de l'âme accroissent sa durée ; les excitations purement somatiques l'abrégent : l'effort intellectuel la diminue également.

Ces préliminaires posés, les auteurs ont cherché comment cette constance individuelle était affectée par l'injection de quelques-unes des substances dont l'action sur le système nerveux est réputée la plus énergique.

Ils ont d'abord employé la morphine, en injections sous-cutanées. Cette injection a pour effet d'accroître notablement la durée de la réaction physiologique. L'effet cependant ne se soutient pas longtemps, à moins que l'on ne réitère l'injection ou que la somnolence survienne.

Le café a un effet inverse. Il abrége dans une proportion assez marquée le temps de la réaction physiologique. L'influence se manifeste environ 25 minutes après l'ingestion et elle se soutient pendant un temps assez long.

Avec le vin on obtient des effets plus inconstants. En général l'ingestion d'une quantité modérée abrége le temps de réaction pour une période assez longue. L'ingestion d'une quantité considérable a un effet tout opposé.

En résumé, ces expériences ne font que confirmer des faits dès longtemps établis par l'expérience universelle de ces boissons diverses.

DASTRE.

Ueber willkürliche und krampfhafte Bewegungen (Des mouvements volontaires et convulsifs), par E. BRÜCKE (*Sitzb. d. k. Ak. d. Wiss. Wien, t. LXXVI, p.* 237-279, 1877).

Brücke, s'est proposé d'étudier un sujet, qui a jusqu'ici assez peu attiré l'attention des physiologistes, à savoir les mouvements musculaires volontaires.

Si on tend le bras horizontalement, et que l'on regarde avec attention les mouvements de la main, on verra un tremblement d'abord très léger et à peine perceptible, mais qui avec la fatigue ira en augmentant très-vite, et finalement sera très-marqué. On peut se rendre compte de l'influence de la fatigue, en soulevant un poids assez fort (de 5 à 10 kilogrammes); alors presque dès le début, le tremblement sera très-accusé; un effort même faible, sera très-irrégulier et manquera de précision. Ainsi, si on a visé trop longtemps avec un fusil très-lourd, au moment où on presse la gachette, on fait dévier le fusil, et on tire mal.

On peut se demander si les excitations fortes et les excitations faibles, uniques, provoquent une contraction musculaire plus ou moins rapide. Helmholtz, à vu déjà que la contraction était d'autant plus forte que l'excitation électrique était plus intense. Pour résoudre la question, Brücke s'est servi d'un myographe spécial, pour le détail duquel nous renvoyons à son mémoire. En tout cas, son appareil nous semble bien inférieur aux appareils myographiques, avec signaux électriques, usités en France. Il a trouvé ainsi (pour le muscle de grenouille) que la durée de l'excitation latente (temps perdu du muscle) est d'environ 7 centièmes de seconde, aussi bien pour des excitations faibles que pour des excitations fortes. Cependant, il y a une certaine différence entre la contraction produite par les unes ou les autres. Lorsque l'excitation est forte, la secousse musculaire atteint plus vite son maximum, que lorsque l'excitation est faible. Si au lieu d'abandonner le muscle à lui-même, on le tend fortement par un poids assez lourd, on verra la durée de l'excitation latente être bien plus considérable avec des excitations faibles qu'avec des excitations fortes.

Brücke pense que pour tous les mouvements lents que nous faisons, il y a quelque chose d'analogue à cette tension du muscle par un poids. La force qui tend ainsi un muscle qui se contracte, ce sont les muscles antagonistes qui entrent en action dès qu'un mouvement modéré doit être fait Cette théorie avait été proposée, il y a longtemps déjà, par Nélaton; néanmoins on peut encore se poser cette question qui n'est vraisemblablement pas résolue : Est-ce qu'un muscle peut se contracter

plus ou moins lentement après une excitation nerveuse unique, dans les mêmes conditions de résistance ?

A ses recherches, Brücke a joint quelques considérations sur les convulsions pathologiques, le tremblement dans la *paralysis agitans*, et dans d'autres affection, le nystagmus, la *flexibilitas cerea* des cataleptiques : mais la solution de ces problèmes physiologiques est encore à trouver. CHARLES RICHET.

Über Lumen erweiternde Muskeln (Des muscles dilatateurs des cavités), par EXNER (*Sitzber. d. k. Ak. d. Wiss. Wien, p.* 6-14, 1877).

Exner montre d'abord par des considérations théoriques que les muscles longitudinaux qui entourent une cavité close circulaire, en se contractant, augmentent d'épaisseur, et que par conséquent le diamètre intérieur augmente. Cette loi reste vraie, que les faisceaux musculaires soient isolés ou réunis.

Exner a cherché à prouver l'exactitude de ces considérations théoriques par l'expérience. Les muscles de l'abdomen de la grenouille sont longitudinaux; or en les faisant contracter, on peut s'assurer que la cavité qu'ils limitent s'agrandit. Je ne décris pas les procédés techniques employés pour constater ce fait.

En résumé, Exner admet que les muscles longitudinaux dilatent le calibre des conduits circulaires; mais il ne pense pas que cette loi soit applicable aux vaisseaux. CH. R.

Thermische Untersuchungen (Recherches sur la chaleur), par CHRISTIANI et KRONECKER (*Arch. f. Anat. u. Phys., p.* 334-340, 1878).

Ces auteurs ont cherché à mesurer la température animale par des procédés plus précis que le thermomètre, à savoir par des piles thermo-électriques. La chaleur qui rayonne du corps est assez grande pour faire dévier de plusieurs degrés l'aiguille électrique. Par suite d'une construction spéciale, on donne à l'aiguille une très-grande mobilité, de sorte que les indications sont instantanées.

Si alors on place la main devant la pile thermo-électrique, on pourra observer les changements de température de la main suivant les diverses conditions physiologiques. La compression par une ligature élastique diminue très-rapidement la chaleur. La compression de l'artère brachiale agit de même, mais plus lentement, de même aussi, et avec plus de lenteur encore, la compression des veines. L'électrisation douloureuse et subite, un bruit inattendu (celui d'un réveil-matin ou d'un coup de pistolet) produisent le même résultat, c'est-à-dire un refroidissement de la main.

Ces faits sont évidemment à rapprocher de ceux que Mosso a étudiés avec son pléthysmographe et de ceux que Franck a vus en étudiant les changements de volume des organes. CH. R.

I. — Ueber die specifische Wärme thierischer Gewebe (Sur la chaleur spécifique des tissus vivants), par ROSENTHAL (*Archiv f. Anat. u. Phys.*, *p.* 215-217, 1878).

II. — Ein neues Calorimeter besonders für physiologische Zwecke (Un nouveau calorimètre à l'usage des physiologistes), par le même (*Même recueil, p.* 348).

I. — Avant de commencer des études détaillées sur la chaleur animale, Rosenthal a voulu se rendre compte de la chaleur spécifique des tissus. A cet effet il s'est servi du calorimètre de Bunsen, et a mesuré la chaleur spécifique des tissus à 40°.

Voici les chiffres qu'il a trouvés :

(Soit la chaleur spécifique de l'eau = 1°.)

Os compacte.....	0,300
Os spongieux.....	0,710
Tissu adipeux.....	0,712
Muscle broyé.....	0,825
Sang défibriné.....	0,927

Ainsi, la chaleur spécifique des tissus est d'autant plus grande qu'ils contiennent plus d'eau.

Les muscles, chauffés préalablement à 100°, ont la même chaleur spécifique que les muscles vivants. Le tissu musculaire desséché et privé d'eau a une chaleur spécifique de 0,330.

II. — Le nouveau calorimètre de Rosenthal est fondé sur le même principe que celui de Bunsen; mais au lieu de la glace fondante il emploie l'aldéhyde acétique qui bout à 21°, ou l'éther qui bout à 34°,9. Tout autour est une masse d'eau portée par l'éther ou l'aldéhyde à une température constante de 34°,9 ou 21°, et un animal (petites souris, grenouilles, etc.) est mis dans un manchon métallique qui est en contact direct avec cette eau. Naturellement les mensurations de chaleur se font avec la thermomètre comme dans le calorimètre de Bunsen. C. R.

Sur le protoxyde d'azote, par BERT (*Soc. de biol.*, 2 *février* 1878).

Les recherches de l'auteur sur la pression barométrique ont mis en lumière cette loi, que les gaz toxiques n'agissent sur les organismes vivants qu'en raison de leur tension dans l'atmosphère, cette tension T étant mesurée par le produit de la proportion centésimale Q du gaz, que multiplie la pression barométrique P. Ainsi, $T = Q \times P$. Parmi les applications pratiques que l'on peut faire de cette loi, l'auteur signale celle qui est relative à l'emploi du protoxyde d'azote comme agent anesthésique.

De ses expériences, il résulte qu'avec une proportion centésimale faible, on peut obtenir l'anesthésie, en augmentant convenablement la pression barométrique. Il y a là tout un champ nouveau à exploiter, tant au point de vue de la pratique chirurgicale qu'à celui de l'analyse physiologique des effets du protoxyde d'azote, lequel n'a pu être jusqu'à ce jour, à cause de l'asphyxie qu'entraîne son emploi, sérieusement et scientifiquement étudié. L. G. R.

Sur la possibilité d'obtenir, à l'aide du protoxyde d'azote, une insensibilité de longue durée, et sur l'innocuité de cet anesthésique. Note de P. BERT (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 11 *nov.* 1878).

L'insensibilité obtenue par le protoxyde d'azote, tel que l'emploient aujourd'hui un grand nombre de praticiens, ne peut être prolongée pour cette raison qu'au moment même où elle est suffisante apparaissent des phénomènes asphyxiques : cela tient à ce qu'on ne peut arriver à l'anesthésie qu'à la condition de faire respirer au patient du protoxyde d'azote pur, sans air, de sorte que l'asphyxie marche de pair avec l'anesthésie. Mais ce fait que le protoxyde d'azote doit être administré pur signifie en somme simplement que la tension de ce gaz doit, pour qu'il en pénètre en quantité suffisante dans l'organisme, être égale à une atmosphère : or si l'on opère dans un appareil à une pression de 2 atmosphères, on pourra avoir la tension voulue de protoxyde d'azote avec un mélange par moitié d'air et de ce gaz. C'est dans ces conditions qu'a expérimenté M. P. Bert, et il a ainsi obtenu, sur des animaux, une anesthésie complète, qui a pu durer une heure, et pendant laquelle le cœur conserve sa force et ses battements réguliers. De plus, quand on rétablit la respiration de l'air ambiant, l'animal recouvre presque instantanément la sensibilité, la volonté et l'intelligence, ce qui tient à ce que le protoxyde d'azote ne contracte pas, comme le chloroforme, de combinaison chimique dans l'organisme, mais est simplement dissous dans le sang. M. DUVAL.

Ueber die physiologischen Wirkungen des Stickoxydulgases (Sur les effets physiologiques du protoxyde d'azote), par M. GOLTSTEIN (*Archiv für die gesammte Physiologie, t. XVII, p.* 331).

L'opinion que le protoxyde d'azote pouvait servir aux combustions organiques comme l'oxygène atmosphérique et agir dans l'économie comme comburant a été combattue par Hermann.

Celui-ci a prétendu que le protoxyde d'azote asphyxiait aussi rapidement que tout autre gaz inerte, et que l'anesthésie qu'il provoquait n'était pas autre chose qu'un premier degré d'asphyxie. Blanche a montré que ce gaz était impropre à la germination ; Goltstein s'est proposé d'étudier l'influence de ce gaz sur les centres nerveux qui président à la respiration et à la circulation et, en second lieu, de savoir si une petite quantité du gaz, insuffisante sans doute à soutenir la vie, pouvait, néanmoins, intervenir dans les échanges nutritifs. Sur ce dernier point il s'est heurté à des difficultés d'analyse qui ne lui permettent pas de donner une conclusion définitive. C'est par des difficultés du même genre que Frankland avait déjà été arrêté. Néanmoins il a pu observer un fait auquel il attache de l'intérêt. Il a constaté que les animaux qui respiraient un mélange d'oxygène et de protoxyde d'azote, pouvaient continuer à vivre jusqu'au moment où ce mélange ne contenait plus que 3 à 4 0/0 d'oxygène ; puis la respiration s'affaiblissait successivement et cessait enfin, sans qu'il se fût manifesté de symptômes de dyspnée. Les ani-

maux vivaient ainsi assez longtemps avec une consommation d'oxygène réduite au minimum. Quant à la propriété anesthésique et narcotique, elle appartient bien au gaz lui-même et n'est pas un résultat de l'asphyxie. D'après l'auteur la narcotisation rapide et complète ne peut toutefois être obtenue et maintenue qu'autant que l'action particulière du protoxyde d'azote se complique de celle du défaut d'oxygène.

On fait respirer à des chiens et à des lapins du protoxyde pur ou un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène, soit dans un gazomètre, soit dans un appareil de Roehrig et Zuntz, on inscrit les mouvements respiratoires au moyen du pneumographe de Marey. On peut ainsi reconnaître trois stades dans l'asphyxie : dans la première période il y a des efforts d'inspiration ; dans la seconde, les muscles expirateurs entrent eux aussi en action et chaque effort expiratoire s'accompagne de contractions cloniques généralisées ; dans le troisième on note des inspirations rares et des expirations purement passives. Il faut, dans l'administration de ce gaz, ramener la respiration normale dès le commencement du troisième stade ; l'état anesthésique persiste encore quelques minutes.

Les modifications de la circulation donnent lieu à quelques observations dont on pourra prévoir le sens d'après l'explication qui les attribue à une diminution d'activité du pneumogastrique. La plus intéressante est que l'état asphyxique peut se produire sans élévation de la pression du sang.

Chez l'homme l'état anesthésique parfaitement suffisant pour la pratique des dentistes survient alors que la respiration est encore régulière et que les mouvements réflexes de la paupière subsistent encore : le temps nécessaire pour arriver à cet état varie de 63 secondes à 81.

DASTRE.

Beiträge zur Kenntniss der Einwirkungen der Athmung auf den Kreislauf (Contribution à l'étude des effets de la respiration sur la circulation), par ZUNTZ (*Archiv für die gesammte Physiologie, t. XVII*, p. 374).

Le point de départ de ces recherches est dans l'observation de Goltstein qui a vu que chez l'animal empoisonné par le protoxyde d'azote, l'état asphyxique pouvait coïncider avec un état normal de la pression sanguine, ou au moins avec un très-faible accroissement de cette pression.

Voici les résultats :

1° La fréquence des battements du cœur augmente à chaque inspiration ; pendant l'expiration elle diminue par suite de l'excitation du vague ;

2° La capacité des vaisseaux sanguins dans le poumon change avec la respiration ;

3° Le changement de la pression dans le thorax se fait sentir à travers la paroi de l'aorte sur la pression du sang qui y est contenu ;

4° L'abaissement du diaphragme pendant l'inspiration accroît la pression du sang : l'expiration active a le même effet ;

5° L'influence de la respiration sur le cours du sang veineux est conforme à la théorie classique, qui n'a pas besoin d'être reproduite ici.

L'influence des centres vaso-moteurs peut venir compliquer celle des actes mécaniques de la respiration.

L'auteur cherche en second lieu l'influence exercée par la composition des gaz du sang sur la pression sanguine (ce qui est une question mal posée). Il constate que l'excitation asphyxique a un effe très-variable sur les vaisseaux cutanés. Les phénomènes asphyxiques lui paraissent révéler l'action d'un mécanisme compensateur des troubles respiratoires. Entre autres faits à l'appui de cette manière de voir il insiste sur celui qui a été signalé par Latschenberger et Deahna, à savoir la dilatation des artères dans les régions ischémiées. DASTRE.

Beitrag zur Kenntniss des Kohlhydratssoffwechsels (Contribution à l'étude du mouvement de désassimilation des principes hydrocarbonés), par BOEHM et HOFFMANN (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmakologie, Bd. VIII, Heft* 4, 5 *et* 6, *p.* 271 *et* 375, 1878).

Bœhm et Hoffmann ont cherché à se renseigner sur la richesse du sang, du foie et des muscles en glycogène et en sucre, chez des chats soumis pendant une certaine période de temps à une alimentation exclusivement carnée.

Ces auteurs ont constaté, d'abord, que la proportion moyenne de sucre contenue dans le sang de ces animaux est de 15 0/0. La quantité absolue de sucre contenue dans le sang variait de 0 gr. 1 à 0 gr. 7. Cette quantité ne varie pas chez les animaux qui ont été privés d'aliments pendant trois jours. Mais lorsque le jeûne se prolonge au delà de ce délai, la proportion de sucre va en diminuant et le sang n'en renferme plus de traces chez un animal qui succombe aux effets d'un jeûne de huit jours. Contrairement à l'opinion soutenue par C. Bernard, Bœhm et Hoffmann affirment que dans les premières heures qui suivent la mort de l'animal on n'observe pas une diminution rapide de la quantité de sucre contenue dans le sang.

La proportion de sucre trouvée dans le foie variait de 0 gr. 2 à 0 gr. 7 par kilogramme de poids corporel. Elle est indépendante de la proportion de matière glycogène contenue dans le foie, et tandis que celle-ci va en diminuant, après la mort de l'animal la proportion de sucre va en augmentant. Les foies riches en matière glycogène se distinguent, en général, par leur volume et leur poids élevés. La richesse du foie en glycogène augmente lorsqu'on fait manger à un animal de grandes quantités de viande; elle diminue, au contraire, lorsqu'on alimente l'animal avec des graisses. De même chez les chats maigres, le foie renferme une quantité plus considérable de matière glycogène que chez ceux qui sont gras.

Les muscles renfermaient en moyenne de 0,1 à 0,3 0/0 de matière glycogène.

Dans la seconde partie de leur mémoire les auteurs s'occupent du diabète expérimental qu'on développe chez les chats en les immobilisant sur une planche à l'aide de liens fixés à leur quatre membres, et en les trachéotomisant ensuite. Dans ces conditions l'urine renferme déjà, au bout d'une demi-heure, de notables quantités de sucre. La durée de ce diabète expérimental varie de trois à treize heures, la quantité de

sucre éliminée par les urines de 0gr,5 à 7 grammes. Chez les animaux sacrifiés à la fin de cette période, la proportion d'hydrocarbures trouvé dans les tissus se maintenait entre 2 grammes et 2gr,08 par kilogramme de poids corporel.

Le développement de ce diabète expérimental reconnaît pour causes : 1° la déperdition de chaleur occasionnée par la trachéotomie et l'immobilisation des animaux; 2° l'irritation des nerfs sensibles déterminée par les liens constricteurs; 3° les troubles circulatoires résultant de l'attitude dans laquelle sont fixés les animaux soumis à la manipulation.

Bœhm et Hoffmann poursuivant leurs recherches sur le mouvement de désassimilation des principes hydrocarbonés dans l'organisme animal, ont institué des expériences pour étudier l'influence qu'exercent sur la combustion de ces principes les soustractions de chaleur.

Quand on immobilise sur une planche un chat attaché par les quatre membres et chez lequel on a pratiqué la trachéotomie, la température rectale descend dans l'espace de trente-six heures à 28°-29°, et l'animal succombe. Lorsqu'au contraire on entoure avec de la ouate l'animal immobilisé mais non trachéotomisé, la température interne s'élève graduellement et la mort survient encore dans un délai de trente-six heures. Dans les deux cas l'analyse chimique ne décèle plus de trace de principes hydrocarbonés (sucre et glycogène) dans le sang, le foie et les muscles de l'animal.

Chez l'animal trachéotomisé et qu'on ne protége pas contre le refroidissement extérieur, l'abaissement de la température rectale suit une marche typique et constante. Dans les deux ou trois premières heures de l'expérience, cet abaissement suit une marche très-brusque et atteint une valeur de 1° à 3°. Puis vient une période qui dure de cinq à douze heures, pendant laquelle la température se maintient sensiblement au même niveau. Enfin dans une troisième période, terminale ou préagonique, la température continue de s'abaisser de 0°,5 à 5° par heure jusqu'à la mort de l'animal et sans jamais descendre au-dessous de 25°.

Dans les cinq à huit premières heures de cette expérience, on voit se développer chez l'animal un diabète expérimental caractérisé par de la polyurie et de la glycosurie. Bœhm et Hoffmann ont donc été amenés à se demander si ce n'est pas à cette glycémie exagérée du début, qu'il faut rattacher l'absence de sucre et de glycogène dans le sang, le foie et les muscles, constatée à la fin de l'expérience. Or, ils ont reconnu qu'à la fin du stade diabétique les organes en question renferment une réserve de principes hydrocarbonés au moins aussi grande que celle que l'on trouve chez un animal placé dans les conditions physiologiques. Ils ont retrouvé des traces de sucre, dans le sang des animaux soumis à ces expériences, jusqu'au moment de leur mort annoncée par une dilatation au maximum des pupilles. Il ne restait plus dès lors qu'à invoquer une combustion excessive des principes hydrocarbonés, occasionnée par la réfrigération progressive à laquelle ces animaux étaient soumis par le fait des manœuvres de l'expérience. Depuis longtemps déjà Cl. Bernard a démontré que chez un animal refroidi lentement et d'une façon continue on ne retrouve, plus immédiatement après la mort, de sucre dans le sang.

Les expériences instituées par Bœhm et Hoffmann démontrent en effet que pour arriver à ce résultat, chez des animaux qu'on plonge dans de

l'eau froide, il faut maintenir pendant un certain temps leur température interne au-dessous d'un degré assez bas (34°). Cette disparition du sucre du sang ne s'observe pas, comme Cl. Bernard l'a affirmé, chez tous les animaux qui succombent à une mort très-lente. Les auteurs ont retrouvé des quantités assez notables de sucre et de glycogène dans le foie d'animaux qu'on avait fait périr à l'aide de différents agents toxiques, alors que la mort avait été précédée d'un stade comateux de plusieurs heures.

Bœhm et Hoffmann se sont demandé ensuite s'il serait possible de prévenir la disparition complète des principes hydrocarbonés, constatée dans les expériences mentionnées plus haut, en pratiquant chez les animaux soumis à ces expériences des injections intra-vasculaires de glycogène. Ils ont été à même de constater que les principes hydrocarbonés ne disparaissent du sang, du foie et des muscles, que lorsque l'injection de glycogène est pratiquée à un moment où la température de l'animal n'est pas encore descendue au-dessous de 34°-20°. Que lorsque l'injection est faite à un moment où la réfrigération interne n'est pas encore très-considérable, des quantités considérables de glycogène peuvent être comburées par l'organisme animal.

En somme les expériences de Bœhm et Hoffmann démontrent que lorsque chez un animal on abaisse la température interne d'une façon lente mais progressive, la combustion des principes hydrocarbonés subit d'abord une notable exagération et qu'elle ne se ralentit que lorsque la température de l'animal est descendue au-dessous de 32° à 33°. Ces résultats concordent avec ceux obtenus par Sanderson, Liebermeister et Gildmeyer, Röhrig et Zuntz, Pflüger, qui ont étudié l'influence des soustractions de chaleur sur le mouvement nutritif en général.

Dans une nouvelle série de recherches, Bœhm et Hoffmann se sont attachés à rechercher l'influence qu'exerce le système nerveux central sur la combustion des principes hydrocarbonés. Ils ont constaté que les animaux qu'on se contente de trachéotomiser et d'immobiliser en les attachant par les quatre pattes vivent moins longtemps (24 heures en moyenne), que ceux auxquelles on sectionne en outre la moelle au niveau de la 5e vertèbre cervicale. Ce fait tient à ce que chez les animaux dont la moelle a été sectionnée, le maintien de la vie devient conciliable avec un abaissement de température beaucoup plus considérable que cela n'a lieu lorsque la moelle est intacte. De plus, après la mort des animaux soumis à cette triple cause de réfrigération on trouve encore dans le sang, le foie et les muscles, une quantité assez notable de sucre et de glycogène. Or, chez les animaux dont on sectionne la partie supérieure de la moelle, l'abaissement de la température suit une marche bien plus rapide que chez ceux qu'on se contente d'attacher et de trachéotomiser. Il y avait donc lieu de se demander si la destruction incomplète des principes hydrocarbonés constatée chez les premiers dépend de cette marche plus rapide de la réfrigération interne, où si elle tient à ce que la section de la moelle supprime l'influence que le système nerveux central est susceptible d'exercer sur la désassimilation de ces principes. C'est à cette dernière hypothèse que se rallient les auteurs. Ils admettent que si chez un animal dont on sectionne la moelle, la température interne s'abaisse d'une façon rapide et continue, en même temps qu'on retrouve

après la mort une réserve assez abondante de sucre et de glycogène dans le sang, le foie et les muscles, c'est parce que l'intervention des centres nerveux chargés de présider à la combustion des principes hydrocarbonés se trouve abolie. E. RICKLIN.

Gelangt das verdaute Eiweiss durch den Brustgang in's Blut (L'albumine digérée passe-t-elle dans le sang par la voie du canal thoracique ?), par A. MÜLHEIM (*Arch. f. Anat. u. Phys.*, *p.* 549-566, 1877).

On a souvent essayé de faire au canal thoracique des ligatures permanentes ; mais cette opération amène presque toujours la mort au bout d'un temps assez court, cinq à huit jours environ. Cependant Colin a pu conserver vivants, l'un pendant vingt jours, l'autre pendant vingt-cinq jours, des chiens dont on avait lié le canal thoracique. On peut attribuer cette exception à la fréquence des anomalies dans la conformation du canal thoracique et de ses branches. Mülheim, qui a fait un certain nombre d'expériences de ligature du canal thoracique, a constaté que quelques jours après l'opération, on constate une dilatation énorme de la citerne de Pecquet, avec infiltration du tissu conjonctif, et souvent aussi des ruptures du canal thoracique dans l'abdomen. Il rappelle que d'après Astley Cooper la résistance du canal thoracique est très-grande et qu'il faut une pression de près de 70 centimètres de mercure pour rompre le canal thoracique.

Quoi qu'il en soit, les désordres causés par la ligature du canal thoracique sont d'abord peu considérables, et cette opération qui au début ne retentit pas sur la santé générale peut être faite pour juger la question de la voie d'absorption des aliments azotés.

C'est l'analyse de l'urine qui a servi à Mülheim pour juger la quantité d'azote absorbé après la ligature du canal thoracique. On sait en effet que la quantité d'albumine absorbée répond assez exactement à la quantité d'urée qu'on trouve dans l'urine.

Cette méthode lui a permis de reconnaître que, lorsque la ligature du canal thoracique a été faite, la quantité d'urée ne diffère pas sensiblement, toutes conditions égales d'ailleurs, de la quantité qu'on trouvait auparavant dans l'urine.

Ainsi l'albumine modifiée par la digestion (peptones et acides amidés) n'est pas absorbée par le canal thoracique, mais passe dans le sang par l'intermédiaire du système veineux. CH. R.

Zur Lehre von der Fettresorption (Contribution à l'étude de l'absorption des graisses), par J. GAD (*Archiv f. Anat. u. Phys.*, *p.* 182, 1878).

Brücke (*Wien. Sizt.*, 1870, l. LXI, p. 362) avait constaté que les graisses rances (c'est-à-dire acidifiées), traitées par une solution alcaline peu concentrée, forment une émulsion bien plus facilement que les graisses neutres. Cela tient, suivant lui, à ce que l'acide gras se combine à la soude, et que le savon ainsi formé jouit de la propriété d'émulsionner la graisse neutre.

Gad s'élève contre cette théorie, et a fait quelques expériences qui

semblent démontrer qu'elle n'est pas exacte. Pour observer les phénomènes d'émulsion de la graisse, il examine au microscope ou à la loupe, ce qui se passe quand on met une goutte d'huile rance dans un verre de montre rempli d'une solution diluée de soude. On voit des gouttelettes se séparer de l'huile, pousser des prolongements amiboïdes, et la goutte primitive, comme les gouttes secondaires, s'entourer d'une émulsion laiteuse.

D'après Gad, l'émulsion est due précisément à ces mouvements amiboïdes. Les acides gras, attirés par l'affinité chimique vers la soude entraînent mécaniquement une certaine quantité de graisse. Si le savon se dissout ainsi, il y a émulsion. Au contraire, dans d'autres cas, le savon constitue autour de la graisse une fine membrane (membrane haptogène d'Ascherson) qui empêche l'émulsion de continuer. Le simple contact de la graisse avec la solution sodique est suffisant, et il n'est pas besoin d'agiter le mélange; il paraît même que la méthode du simple contact donne des résultats meilleurs pour l'étude que l'agitation.

La facilité avec laquelle les diverses graisses s'émulsionnent dans la même solution dépend : 1° de la quantité d'acides qu'elle contient; 2° de la solubilité dans la liqueur sodique des savons formés; 3° de la liquidité de la graisse.

La facilité avec laquelle la même graisse s'émulsionne dans diverses solutions dépend : 1° du degré d'alcalinité de la solution; 2° de la facilité avec laquelle les savons formés peuvent s'y dissoudre.

L'émulsion se fait d'autant mieux que la membrane haptogène est plus mince. Lorsque les savons formés sont très-solubles, il ne se fait pas du tout d'émulsion; lorsque au contraire les savons formés ne sont pas solubles, l'émulsion est très-grossière. La bile et le sel marin rendent les conditions d'une bonne émulsion bien plus faciles.

L'huile de foie de morue, et une solution de soude de 0,2 à 0,5 (en poids de NaOH 0/0), réalisent les meilleures conditions expérimentales pour obtenir une émulsion très-fine et des mouvements amiboïdes. Au contraire, l'huile de ricin est assez défavorable.

L'addition de glycérine ne rend pas les graisses plus difficiles à émulsionner.

Au point de vue physiologique, Gad a constaté que le suc pancréatique, même en très-petite quantité, augmente considérablement la richesse et la rapidité des émulsions de la graisse. Il reste à prouver pourquoi.

Quant à la bile, elle ne fait rien pour l'émulsion des graisses neutres et facilite beaucoup l'émulsion des graisses rances. Il est probable qu'en facilitant la dissolution des savons formés, elle rend l'émulsion très-fine et par conséquent très-apte à bien passer dans les chylifères de l'intestin.

En somme, les graisses rances doivent être mieux absorbées que les graisses neutres. Il est certain, cependant, qu'on a peu de goût en général pour les graisses rances; mais les raisons que donne Gad, pour expliquer cette apparente contradiction, ne sont pas très-solides.

CHARLES RICHET.

Ueber Zersetzung von Proteinsubstanzen durch geformte Pancreasfermente bei Luftabschluss (De la décomposition des substances protéiques par les ferments figurés du pancréas, sans intervention de l'air), par JEANNERET (*Société médico-pharmaceutique de district du canton de Berne, 16 janvier 1877; Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 6, pg 172, 15 mars 1878*).

Jeanneret dispose ses expériences de la façon suivante :

Il remplit aux trois-quarts une grande cornue de verre avec une solution bouillante et concentrée de gélatine; la cornue est fermée exactement par un bouchon de caoutchouc percé d'un trou qui donne passage à un tube de verre recourbé deux fois à angle droit. L'extrémité inférieure de ce tube est munie, par l'intermédiaire d'un fragment de tube en caoutchouc, d'un ajutage de verre, recourbé, qui plonge dans une capsule constamment pleine d'eau en ébullition, tandis que simultanément on fait bouillir le contenu de la cornue. Au bout d'une demi-heure d'ébullition vive, tout l'air est expulsé de la solution qui avait déjà bouilli antérieurement; alors on éloigne la flamme de la cornue et l'eau bouillante de la capsule vient assez rapidement combler le vide produit dans la cornue par la condensation des vapeurs. Après refroidissement, on enlève le bouchon de la cornue, non sans avoir au préalable comprimé avec une pince à pression continue l'extrémité inférieure du tube de caoutchouc, afin que l'eau ne s'écoule pas du tube. On plonge alors dans le liquide de la cornue un petit vase de porcelaine, rougi au feu et rempli de tissu pancréatique tout frais; en même temps on enlève la pince et on replace le bouchon de caoutchouc dans le col de la cornue.

Si l'on a procédé comme il faut, il ne reste pas la plus petite bulle d'air dans l'appareil. La cornue se trouve dans un bain-marie à 40° C., l'extrémité du tube de verre est plongée dans le mercure, et l'on peut ainsi recueillir les gaz. — Une série d'expériences de contrôle ont montré que l'enlèvement momentané, indispensable, du bouchon n'altère en rien les conditions de l'expérience, que les germes de bactéries sont contenus dans le pancréas lui-même et ne peuvent provenir de l'air extérieur. Alors même que les solutions sont exposées plusieurs minutes à l'air, elles ne se décomposent pas, tant qu'on n'y a pas ajouté de tissu pancréatique.

Voici maintenant les résultats auxquels l'auteur est arrivé :

L'analyse des gaz, produits par la décomposition de l'*albumine*, indique la présence d'hydrogène et d'acide carbonique; la quantité de ce dernier s'accroît journellement au fur et à mesure que diminue le dégagement d'hydrogène.

La *gélatine* en se décomposant ne donne pas lieu à de l'hydrogène; elle forme pour la plus grande partie de l'acide carbonique.

L'une et l'autre substance fournissent des traces d'hydrogène sulfuré et peut-être de sulfure de carbone.

Les liqueurs digérées présentent au microscope (déjà à un grossissement de 450), les formes de bactéries les plus belles, notamment des spores, ressemblant pour l'aspect et les mouvements à des spermatozoïdes.

Dans les substances non azotées, telles que les sucres, on ne trouve pas de spores de bactéries, mais seulement des chaînes de torules et des bacilles.

L'analyse qualitative et quantitative des produits terminaux de décomposition, conduit donc pour la gélatine et pour l'albumine, aux mêmes résultats, qu'il y ait eu ou non intervention de l'air dans les expériences. La seule différence gît dans la question du laps de temps; les liqueurs à l'abri de l'air n'étaient décomposées entièrement qu'au bout de 30 jours, tandis que la décomposition de celles exposées à l'air s'opérait en 5 jours.

En résumé : 1° La putréfaction n'est autre chose que la décomposition des substances azotées par des bactéries; elle ne survient qu'en présence de germes de bactéries.

2° Les bactéries du pancréas sont anaérobies, naissent, vivent et se reproduisent, malgré l'absence d'air atmosphérique, dès qu'il existe les matériaux azotés nécessaires à leur développement, ainsi que de l'eau et certains sels inorganiques.

3° La décomposition des substances protéiques s'opère aussi bien à l'abri de l'air qu'à l'air, seulement dans le premier cas le processus évolue beaucoup plus lentement.

4° Que la décomposition ait eu lieu à l'air ou non, elle donne naissance à des combinaisons chimiques simples, qui sont les mêmes qualitativement et quantitativement. J. B.

Sui poteri digerenti del pancreas nella vita fetale, par Pietro ALBERTONI
(*Lo Sperimentale, fasc.* 7, 1878).

Les expériences ont été faites avec le pancréas du fœtus du porc et du veau à divers degrés de leur développement. Pour le veau, la durée de la vie intra-utérine est de 40 semaines, et de 17 semaines pour le porc. Les pancréas, triturés dans un mortier étaient abandonnés à la température de 5 ou 8° pendant 24 ou 48 heures, en ajoutant ensuite une solution au 1/100 de carbonate de soude, et en filtrant le mélange. Dans le liquide filtré on mettait de la fibrine récemment obtenue par le battage du sang de bœuf et qu'on maintenait dans le vase à la température de 40° pendant 5 ou 6 heures. Au bout de quelques minutes la fibrine se gonfle, se dissout et fond dans le liquide. Cette action doit se produire dans la première heure, sinon elle fait défaut malgré un contact prolongé. Cette expérience, répétée 14 fois, permet de conclure que l'action digestive du pancréas sur les albuminoïdes se manifeste au commencement du dernier tiers de la vie intra-utérine. Elle manque chez le fœtus du veau à 4 mois; et chez celui du porc à 10 semaines; mais l'infusion du pancréas du fœtus du porc, au commencement de la 12e semaine, fluidifiait dans tous les cas, sauf dans un seul, des quantités notables de fibrine, aussi bien que peut le faire une infusion semblable de pancréas de porc adulte. Chez le veau, l'action digestive du suc gastrique commence vers la fin du troisième mois de la vie fœtale et va croissant avec son développement ultérieur (Moriggia). Le pouvoir digestif du pancréas se manifesterait donc chez le fœtus plus tard que celui de l'estomac. F. BALZER.

Ricerche sperimentali eseguite nel laboratorio fisiologico della R. università di Siena. Anno 1877. Azione della pancreatina sul sangue (Action de la pancréatine sur le sang), par Pietro ALBERTONI (*Lo Sperimentale, juin* 1878).

Ces recherches ont été faites sur les chiens, à l'aide d'un mélange de glycérine et de la pancréatine de Suchardt, de Gœrlitz et Trommsdorff d'Erfurt, celle-ci étant deux fois plus active que la première. On fait agir ce mélange sur le sang extrait de la veine ou de l'artère d'un chien, ou en l'introduisant dans le torrent circulatoire. Le mélange employé est le suivant : un centimètre cube de pancréatine de Trommsdorff mêlé dans 19 centimètres cubes d'une solution aqueuse de carbonate de soude à 50 0/0. L'auteur résume ainsi les résultats de ses recherches : Le sang fraîchement extrait des vaisseaux d'un animal vivant et mélangé à une solution de pancréatine, tenue à la température du corps, n'est pas coagulé. La pancréatine directement introduite dans le torrent circulatoire d'un animal retarde, rend incomplète ou empêche la coagulation du sang, extrait après l'injection de cette substance. La pancréatine retarde ou suspend considérablement la séparation de la fibrine. La quantité de fibrine qui se dégage du sang d'un animal après l'injection d'une quantité suffisante de pancréatine a diminué environ des deux tiers. Introduite dans le sang la pancréatine détruit un nombre plus ou moins grand de globules blancs.

Dans une série de contre-expériences, l'auteur s'est assuré que ces effets n'étaient pas dus à la glycérine, ni aux alcalins. Enfin, l'analyse des urines n'a pas révélé une notable augmentation dans l'élimination de l'azote à la suite des injections de pancréatine : celle-ci n'accélère donc pas sensiblement la réduction des albuminoïdes. F. BALZER.

Beitrag zur Lehre von der Glycogenbildung in der Leber (Contribution à l'étude de la formation du glycogène dans le foie), par J. MAYER (*Archiv für gesammte Physiologie von Pflüger, t. XVII, p.* 164.)

L'auteur s'est proposé d'étudier l'influence de la moelle épinière sur la formation du glycogène. Son programme consistait à opérer sur des lapins soumis à l'inanition : à couper la moelle à différents niveaux à partir de la 5e vertèbre cervicale, à pousser une injection de glycose dans la veine jugulaire et à chercher alors à apprécier l'effet produit ainsi sur la formation du glycogène.

Voici les résultats :

1° Le sang des lapins dont le foie ne contient plus de glycogène (à la suite de l'inanition prolongée) contient encore du sucre jusqu'au 7e jour : du 7e jour jusqu'au 10e (l'animal ne vit pas au delà de 11 à 12 jours), il n'y en a plus de traces.

2° Le sucre du sang n'a pas encore éprouvé de changement appréciable 20 minutes après avoir été extrait de la veine : il ne s'en est pas détruit de quantité sensible dans cet intervalle de temps.

3° La section de la moelle entre la 5e et la 6e vertèbre cervicale, entre la dernière cervicale et la première dorsale, entre la 2e et la 3e dorsale

n'empêche point que le glycose injecté soit utilisé pour la nutrition des parties.

4° La section de la moelle entre la 5e et la 6e vertèbre cervicale empêche à un degré marqué le sucre injecté d'être employé à la formation du glycogène dans le foie : il n'y a pourtant point d'augmentation de la glycosurie.

5° La section de la moelle entre la dernière cervicale et la première dorsale augmente la formation du glycogène aux dépens du sucre injecté : il n'y a pas de diminution du sucre dans le sang.

6° La section entre la 2e et la 3e vertèbre dorsale, détermine une diminution de la quantité de glycogène formé aux dépens du sucre injecté.

DASTRE.

Ueber electrophysiologische Verwendung des Telephons (Sur l'application électrophysiologique du téléphone), par L. HERMANN (*Archiv für die gesammte Physiologie von Pflüger, XVI, p.* 504).

Le téléphone est plus sensible à l'action des faibles courants d'induction que la patte galvanoscopique. Il permet d'apprécier les variations rapides du courant électrique, et par la hauteur du son produit, leur fréquence. Lorsque l'on place sur le trajet du circuit induit par le trembleur en usage dans les laboratoires, un nerf de grenouille, et que l'on met le muscle dans le circuit du téléphone, on entend un mouvement vibratoire correspondant au tétanos de ce muscle. Ce fait, aperçu presque simultanément en France et en Allemagne, a été interprété différemment. Les observateurs Français ont pensé que le son téléphonique correspondait aux variations électriques du courant musculaire pendant son activité tétanique. Ils avaient cru remarquer, à l'appui de cette vue, que le phénomène ne se produit point avec un muscle mort, et qu'il cesse lorsque le nerf est fatigué.

Hermann contredit cette opinion. Il s'assure que le son téléphonique ne s'entend que lorsque l'on emploie, comme courant excitateur du nerf, des courants forts. Si l'on fait usage de courants faibles, il y a encore tétanos, mais il n'y a plus de son. — Le son ne correspond donc pas aux variations électriques du muscle tétanisé : il serait dû à un effet d'excitation unipolaire dû au courant de la pile et transmis au téléphone. De telle sorte que, si le téléphone est plus sensible que la patte galvanoscopique aux variations brusques des courants électriques d'induction, il l'est moins que celle-ci aux variations physiologiques du courant musculaire. Les variations sont probablement trop lentes, trop fondues et graduelles.

DASTRE.

CHIMIE MÉDICALE.

I. — **Zur Kenntniss der Phenolbildung bei der Faulniss der Eiweiskörper (Recherches sur la formation du phénol pendant la fermentation putride des matières albuminoïdes)**, par **Wilhelm ODERNATT** (*Journal für praktische Chemie, t. XXVIII, p.* 249, 1878).

II. — **Phenol-Ausscheidung in Krankheiten (Excrétion du phénol dans les maladies)**, par **BRIEGER** (*Centralblatt f. die medicinischen Wissenschaften, p.* 545, 1878).

III. — **Ueber die pathologische Phenol-Ausscheidung (Sur l'excrétion du phénol dans les maladies)**, par **SALKOWSKI** (*Même recueil, p.* 561). — **Phenol-Ausscheidung (Excrétion du phénol)**, par **NENCKI** (*Même recueil, p.* 609). — **Pathologische Phenol-Ausscheidung (Excrétion du phénol dans les maladies)**, par **SALKOWSKI** (*Même recueil, p.* 753).

I. — Baumann a montré que le phénol est un produit de la fermentation putride des matières albuminoïdes. Brieger l'a reconnu comme une substance formée par la décomposition putride dans le gros intestin et l'a extrait des matières fécales ; 50 kilogrammes de fœces ont donné 0gr,2496 de tribromophénol, 0gr,0708 de phénol. Nencki a montré que la matière odorante obtenue par la fusion des matières albuminoïdes avec la potasse, contient du phénol, et avec 40 grammes d'albumine a obtenu 0gr,102 de phénol. Brieger et Salkowski ont reconnu que le phénol est éliminé en proportion variable dans les diverses maladies, que la quantité normale éliminée en un jour par un homme est de 0,015. Le poids du phénol éliminé peut donc faire connaître l'intensité des décompositions putrides qui se passent dans l'économie. Actuellement il reste à déterminer la quantité de phénol qui se produit quand on fait varier la nature des matières albuminoïdes, le temps de leur décomposition, et rechercher l'influence de la température. Les seules recherches faites sur ce point sont dues à Baumann.

Ce sujet a été repris par Odernatt. Les liquides putréfiés sont introduits dans une cornue tubulée, additionnés d'acide acétique en quantité suffisante et distillés tant que le liquide précipite par l'eau bromée.

Ordinairement on précipite la solution par l'eau bromée. Mais dans ces conditions l'indol se précipite en même temps que le phénol ; ce dernier devenant un produit cristallin, le premier un dépôt amorphe. Voici le procédé de l'auteur :

Le liquide distillé est filtré, neutralisé par la potasse agité avec de l'éther. L'éther est distillé ; le liquide qui reste, additionné d'eau, mis dans une cornue, saturé par la potasse, est chauffé au bain-marie pour chasser le reste de l'éther. Le liquide qui se trouve dans la cornue est alors distillé au bain de sable, et la solution qui passe contient l'indol que l'on préci-

pite en ajoutant de l'acide nitrique fumant ; on le recueille, on le sèche sur l'acide sulfurique, et on le pèse comme indol. Le liquide restant dans la cornue est saturé par de l'acide sulfurique distillé, et le phénol précipité par l'eau bromée à l'état de tribromophénol.

Les expériences furent faites sur de l'albumine de l'œuf, de l'albumine du sérum, de la fibrine, de l'albumine du pancréas et de la chair musculaire. Elles ont montré que l'indol augmente du 8e au 12e jour et diminue ensuite, et que la quantité de phénol, au contraire, s'accroît toujours avec le temps.

On peut donc admettre que, lorsqu'il y a une grande quantité de phénol dans l'urine, il y a eu résorption d'éléments qui ont été pendant longtemps soumis à la décomposition putride dans l'intestin.

II. — Brieger a cherché à connaître l'intensité de la fermentation putride développée dans l'intestin par la quantité de phénol contenue dans l'urine. Il a fait ces déterminations dans diverse maladies. L'urine était distillée avec de l'acide sulfurique et le phénol précipité par l'eau bromée.

Sur l'homme sain, Brieger a constaté que la quantité de phénol éliminé en un jour, lors d'une alimentation mixte, est en moyenne de 0gr,0158 à 0gr,050 de tribromophénol. L'excrétion du phénol n'est pas parallèle à celle de l'indican. Dans plusieurs maladies (péritonite) il y a augmentation de l'indigo et de l'indican, dans d'autres (anémie), on remarque la diminution du phénol et l'augmentation de l'indican. Il en est de même dans le catarrhe de l'estomac, tandis que dans le cancer, il y a augmentation du phénol ; dans 2 cas 0gr,025 phénol, dans 2 autres 0gr,061. Dans la phthisie : moyenne de 3 cas, 0gr,015, chiffre presque normal. Dans 2 cas de typhus, seulement des traces. Choléra-morbus 1 cas, 0gr,052.

Péritonite tuberculeuse aiguë 2 cas, moyenne 0gr,0138 de phénol. Diphthérite chez un enfant de 2 ans 1/2, moyenne, 0gr.015. Tétanos chez un jeune homme 0gr,2195, tétanos rhumatismal (*Rheumatischen tetanus*), 0gr,013 de phénol.

Dans les maladies septiques il y a augmentation du phénol.

Empyème avec fistule pleurale, le 2e jour, 0gr,3112, le 3e jour, 0gr,6309 ; le 5e jour, absence de fièvre, 0gr,0226 ; le 9e jour, 0gr,1098.

III. — Salkowski rappelle qu'il a fait des expériences sur ce même sujet et il trouve que la moyenne du phénol excrété admise par Brieger comme normale, est en réalité trop faible. E. HARDY.

Ueber Gährungsprozesse. (Sur les modes de fermentation), par HOPPE-SEYLER
(*Zeitschrift f. physiologische Chemie, Bd. II, p.* 1, 1878.)

Les phénomènes de fermentation se rapportent à des oxydations et à des réductions. Les fermentations putrides sont des réductions qui peuvent être regardées comme le résultat de l'action de l'hydrogène actif, et les oxydations comme le résultat indirect de l'oxygène actif.

Dans ce travail, l'auteur s'occupe surtout des phénomènes de réduction encore trop peu connus qui se produisent pendant la fermentation putride des acides gras. Les corps des autres séries ont été mieux étudiés ; mais il reste à déterminer si tous ces phénomènes ne peuvent pas s'expliquer par de simples réactions chimiques. Il critique les tra-

vaux de Nencki et de Kühne qui ont expliqué la fermentation putride par l'action d'organismes vivants.

Pour lui toute fermentation putride se produit en présence de l'eau et avec fixation d'eau. Cette idée n'est autre que celle que l'on attribue généralement à Liebig, quoique Traube lui en dispute la priorité.

L'auteur étudie successivement : I. L'action de la fermentation putride sur les substances suivantes ; fibrine abandonnée à elle-même, glyoxal, acide glyoxylique, glycocolate de chaux, lactate de chaux de l'acide lactique des muscles, glycérate de chaux, asparégine.

II. La comparaison de l'action des alcalis avec les phénomènes de fermentation.

III. L'hydrogène actif qui se développe pendant la fermentation.

IV. La production d'oxygène actif.

V. Les réductions et les oxydations en rapport avec les procédés de fermentation.

Nous renvoyons au mémoire original pour le détail des expériences.

E. HARDY.

Ueber das Verhalten de im Salmiak un Organismus. (Sur les transformations du chlorhydrate d'ammoniaque dans l'organisme), par Emmanuel MUNK (de Berlin) (*Zeitschrift f. physiologische Chemie, Bd. 2, p.* 29, 1878).

Les transformations que le chlorhydrate d'ammoniaque éprouve dans l'organisme ont été l'objet des recherches de Neubauer, Lahrer, et de Knieriem. Ces auteurs arrivèrent à des résultats différents. Les mêmes expériences reprises par Salkowski l'ont amené à conclure que le sel ammoniac se transforme en grande partie en urée et s'échappe par l'urine; elles ont conduit Feder à admettre que le sel ammoniac introduit petit à petit dans les organes s'élimine à l'état d'ammoniaque et que l'excès d'urée est dû à un excès d'albumine provenant des aliments. Emmanuel Munk a repris ces travaux et est arrivé à reconnaître que chez les chiens alimentés avec du chlorhydrate d'ammoniaque, plus de la moitié de l'azote, 53-55 0/0, passe dans l'urine à l'état d'urée. E. HARDY.

Nouvelles recherches sur la fonction des moisissures et leur propriété d'intervertir le sucre de canne, à l'occasion d'une note de M. GAYON, par BÉCHAMP (*Journal de pharmacie et de chimie, 4e série, tome XXVII, p.* 455, 1878).

M. Béchamp a ajouté les faits suivants au mémoire qu'il a publié en 1858 à l'appui de sa théorie physiologique de la fermentation.

1° L'urine normale absolument dépourvue de glucose, qui subit la fermentation ammoniacale, forme en même temps de l'alcool et de l'acide acétique. Dans une de ces fermentations, les ferments étaient un mélange de granulations moléculaires très-abondantes, de bactéries et de vibrions. Après quelques jours, il se dégagea de l'acide carbonique et de l'hydrogène, le sucre était en partie interverti. Il se forma de l'alcool, de l'acide acétique et de l'acide butyrique. Les ferments n'ont guère changé ; les vibrions avaient disparu ; il n'y avait ni torules, ni myceliums, ni cellules quelconques.

2° Les mêmes ferments, mis dans l'empois de fécule, se fluidifient rapidement ; bientôt il se dégage un mélange d'acide carbonique et d'hydrogène. A la fin on trouve de l'alcool, de l'acide acétique, de l'acide lactique, de l'acide butyrique. Dans plusieurs opérations il a été impossible de saisir la formation de glucose. C'est, dit M. Béchamp, la fécule soluble ou la dextrine qui fermente directement.

3° Suivant M. Bechamp les granulations moléculaires des vins vieux agissent sur le sucre de canne pour l'intervertir. Le dépôt de vin de Tavel, formé dans les bouteilles, a été lavé à l'eau créosotée, puis introduit dans de l'eau sucrée. La quantité d'alcool fourni a représenté la dixième ou douzième partie du sucre employé dans chaque expérience. Il y avait très-peu d'acide acétique. En mettant ce ferment dans du bouillon de levure sucré, il s'est transformé en un ferment alcoolique très-énergique.

Dans une expérience de moult, le bouillon de levûre sucrée et créosotée n'a rien produit. Des dépôts d'autres vins ont donné des résultats analogues. E. HARDY.

Weitere Mittheilungen über die Einwirkung von Kalilösungen auf Glycogen (Nouvelles communications à propos de l'action des solutions alcalines sur le glycogène), par VINTSCHGAU et DIETL (*Archiv für die gesammte Physiologie von Pflüger, t. XVII, p.* 154).

La matière glycogène chauffée à 50° pendant 10 à 15 jours, avec une solution étendue de potasse (2 0/0), ou laissée très-longtemps dans cette solution, à la température ordinaire, éprouve une diminution de 1/5, perd son opalescence, fournit une solution transparente comme de l'eau et manifeste une modification de son pouvoir rotatoire. DASTRE.

Tutte le diverse forme di cristalli sotto le quali l'ossalato di calce puo presentarsi nelle urine (Sur les diverses formes de cristaux d'oxalate de calcium dans les urines), par Gaetano PRIMAVERA (*Il Morgagni, juin* 1878).

Dans le but de faciliter le diagnostic de l'oxalurie, l'auteur montre dans cinq figures les diverses formes que peuvent revêtir les cristaux d'oxalate de chaux (grossissement 300 diamètres). Dans la première figure, il montre les cristaux dits en enveloppes de lettres, revêtant la forme d'octaèdres carrés, traversés par deux lignes diagonales transparentes : ce sont les plus communs et les plus caractéristiques, leurs dimensions sont variables. La seconde figure représente quatre variétés de la forme octaédrique : la première semblable à la précédente sauf que les cristaux sont rectangulaires, au lieu d'être carrés ; la seconde est également rectangulaire, mais avec des parties claires et des parties obscures ; la troisième est formée par une double pyramide ; la quatrième, très-rare, ressemble un peu à la violette odorante. La troisième figure montre deux autres variétés de la forme octaédrique ; dans l'une, les cristaux ont un prolongement en forme de pyramide sur leurs plus grands côtés ; dans l'autre, les mêmes prolongements sont situés sur les petits côtés. L'auteur ajoute que ces sept variétés n'en font en réalité qu'une seule, et qu'elles tiennent uniquement à la situation qu'affectent les cris-

taux dans le champ du microscope : un simple mouvement imprimé au liquide modifie leurs aspects et transforme ces variétés les unes dans les autres.

La quatrième figure renferme des cristaux dits ovoïdes, plus rares, mais cependant caractéristiques ; on peut les confondre avec les spores, mais ceux-ci résistent à l'addition d'une goutte d'acide chlorhydrique, tandis que les cristaux disparaissent. D'autres cristaux appartiennent également à cette variété ovoïde, ce sont les *dumbels* des Anglais, ou les cristaux en sablier des médecins français, auxquels un simple mouvement de la vis du microscope restitue souvent la forme ovoïde. Suivant certains auteurs, de faux dumbels se rencontrent parfois et sont formés par de l'urate de calcium : on les reconnaît à leurs renflements acuminés, tandis que ceux de l'oxalate de calcium sont arrondis. On peut d'ailleurs rendre à ceux-ci la forme typique, en octaèdres, en les traitant d'abord par l'acide chlorhydrique, puis par l'ammoniaque.

Enfin dans la cinquième figure, les cristaux se montrent sous forme de granulations : ils sont isolés, quelques-uns sont octaédriques. Mais ces deux caractères importants peuvent manquer et l'on pourrait les confondre avec les granulations d'urate de soude, et de phosphate ou de carbonate de calcium. Il est nécessaire alors de recourir à de plus forts grossissements, ou de traiter l'urine par l'acide acétique qui dissout les phosphates et les carbonates, ou par la chaleur, qui dissout les urates. Les petits cristaux d'oxalate persistent seuls, et on peut les faire disparaître de même en ajoutant de l'acide chlorhydrique. La raison de cette cristallisation, en quelque sorte abortive de l'oxalate de calcium, tient à l'agitation de l'urine. D'après une loi générale, une cristallisation régulière ne s'obtient que lorsque le liquide qui la produit est maintenu dans un repos suffisant. L'urine recueillie six ou huit heures après un repas de substances amylacées et sucrées, et laissée en repos pendant toute la nuit, renferme toujours, lorsque l'oxalurie existe, les cristaux octaédriques volumineux et typiques. F. BALZER.

Ueber die Verbreitung und Entstehung von Hypoxanthins und Milchsaure im tierischem Organismus (Sur le développement et la formation de l'hypoxanthine et de l'acide lactique dans l'organisme animal), par Georg. SALOMON (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Bd.* II, *page* 65, 1878).

Dans un cas de leucémie, Scherer a trouvé dans le sang de l'hypoxanthine, de l'acide lactique, de la glutine et de l'acide acétique. Ces faits ont été confirmés par Mossler, Salkowski, Reichardt, Gorup Besanez.

Toutefois Salkowski a depuis soulevé la question de savoir si ces substances sont réellement caractéristiques de la leucémie et a émis l'opinion que de nouvelles recherches étaient nécessaires pour fixer les idées sur ce point. Il n'existe qu'une seule analyse dans laquelle Gerhardt indique la présence du l'hypoxanthine dans un sang non leucémique. Il en a d'ailleurs constaté toujours l'existence dans le sang des bœufs. Les opinions sur la présence de l'acide lactique dans le sang sont encore plus incertaines.

Méthode pour la recherche de l'hypoxanthine, de l'acide urique et de l'acide lactique :

On coagule par la chaleur les liquides albumineux (sang extrait des tissus) et on filtre.

Albumine.

Le liquide filtré est épuisé par l'alcool et filtré.

Sel résidu d'albumine.

Le liquide évaporé est traité par l'eau et filtré.

Matières grasses.

Le liquide filtré, décomposé par l'ammoniaque, se trouble, on filtre.

Phosphate.

Le liquide filtré est traité par $AgAzO^3$. On sépare par le filtre le précipité insoluble, dans l'ammoniaque

---

Le précipité lavé est décomposé par H^2S et filtré.

Ag^2S

Le liquide filtré est chauffé avec de l'acide sulfurique (1 : 30) et filtré.

Le liquide filtré est saturé par SO^3 et filtré.

$Ag\,Cl$

Le liquide filtré est agité avec de l'éther et l'éther distillé.

Éther.

Le résidu de la distillation insoluble est évaporé en consistance sirupeuse bouilli avec du carbonate de zinc et filtré.

$Zn\,CO^3$

Le liquide filtré évaporé dépose des cristaux

$(C^3H^5O^2)^2Zn\,2H^2O$

lactate de zinc de la chair musculaire.

Le liquide filtré est additionné d'ammoniaque, précipité par le nitrate d'argent et filtré.

Le précipité lavé, dissous dans $Az\,O^3\,H$ (densité 1, 1), donne par le réfroidissement des cristaux

$C^5H^4Az^4O\,Ag\,Az\,O^3$

nitrate d'argent et d'hypoxanthine.

Le résidu offre les caractères microscopiques de l'acide urique et la réaction de la murexide.

Acide urique.

L'auteur a fait l'analyse de deux sangs leucémiques et une expérience de contrôle sur un sang non leucémique.

1° L'hypoxanthine est un élément normal de la moelle des os de l'homme et de différents organes glandulaires.

2° L'hypoxanthine est un élément normal du sang des cadavres chez l'homme et les animaux.

3° La présence de l'hypoxanthine dans le sang des cadavres des malades morts de leucémie ne permet donc pas d'admettre qu'il y ait dans cette maladie une transformation spéciale des éléments.

4° L'hypoxanthine se trouve presque sans exception dans le sang des cadavres. Elle manque dans le sang des artères pendant la vie, probablement à cause de sa facile oxydation. Il en est de même de la xanthine.

5° L'acide lactique est un élément constant du sang des cadavres. Se

présence dans le sang des cadavres morts de leucémie n'a donc rien de pathognomonique.

6° L'acide lactique manque comme l'hypoxanthine et probablement pour la même cause dans le sang des artères.

7° L'acide lactique des cadavres provient probablement de la décomposition des hydrates de carbone contenus dans le sang.

8° L'hypoxanthine et la xanthine peuvent être préparées avec de la fibrine par la digestion pancréatique et par la fermentation putride.

E. HARDY.

Ueber die aromatischen Aetherschefelsäuren (Des éthers sulfuriques de la série aromatique dans l'organisme), par BAUMANN (*Archiv f. Anat. u. Phys.*, *p.* 344, 1877; *p.* 576-578, 1878).

En faisant passer dans l'organisme diverses substances de la série aromatique, on peut, au bout de quelque temps, constater la présence d'un corps très-analogue, mais qui en diffère parce qu'il s'est combiné avec l'acide sulfurique pour former un éther.

On a une idée de cette réaction en traitant le phénol sodique par le pyrosulfate de sodium

$$C^6H^5OK + K^2S^2O7 = C^6H^5KSO^4 + K^2SO^4.$$

Il se forme du phénylsulfate de sodium. C'est une réaction analogue qu'on observe avec d'autres substances de la série aromatique.

Baumann a expérimenté avec la catéchine, le crésol, la résorcine, l'hydroquinone, etc., l'acide oxybenzoïque, l'acide salicylique. Mais la combinaison sulfurique de ce dernier acide est très-peu stable.

Le phénol est un poison, même à très-petite dose, cependant la combinaison susdite (éther phénylsulfurique) paraît être à peine toxique. Lorsque l'on fait prendre à un animal du phénylsulfate de sodium, ce corps passe inaltéré dans l'organisme, et on le retrouve dans les urines.

L'ingestion de petites quantités de phénol, de crésol, d'indol, diminue la quantité des sulfates terreux et alcalins contenus dans les urines.

Baumann pense que dans les cas d'empoisonnement par le phénol, le sulfate de soude est un antidote qui peut rendre des services. C. R.

Weitere Mittheilungen über die Ornithursäure und ihre Derivate (Nouvelle communication sur l'acide ornithurique et ses dérivés), par M. HASSE (*Bericht der deutschen chemischen Gesellschaft, tome XI, p.* 406, 1878).

L'auteur a décrit antérieurement (*R. S. M.*) les produits de transformation fournis par l'acide benzoïque ajouté à l'alimentation des poules. De nombreuses analyses l'ont conduit à la formule $C^{19}H^{20}Az^2O^4$, acide ornithurique. Dans ces derniers temps il a analysé plusieurs sels, l'ornithurate de chaux $(C^{19}H^{19}Az^2O^4)^2Ca$ l'ornithurate de baryte $(C^{19}H^{19}Az^2O^4)^2Ba$.

Il admet que l'acide ornithurique se produit par l'union de deux molécules d'acide benzoïque et d'une molécule d'une base $C^5H^{12}Az^2O^2$ qu'il

nomme ornithine avec élimination de deux molécules d'eau. En faisant bouillir l'acide ornithurique avec de l'acide chlorhydrique, il le décompose en effet en acide benzoïque et en ornithine. E. HARDY.

Ueber eine neue Kreatinin-Reaction. (Sur une nouvelle réaction de la créatinine), par O. MASCHKE (*Zeitschrift f. analytische Chemie, Bd. XVII*, 134, 1878.)

Quand on sature une solution aqueuse de créatinine avec de la soude à la température ordinaire, que l'on y ajoute un peu de solution de Fehling ou même du sel de seignette puis une trace de sulfate de cuivre de telle sorte que le liquide soit faiblement teinté en bleu, et qu'on abandonne le tout à lui-même, on voit après un temps plus ou moins prolongé apparaître un trouble blanc. Si la proportion de créatinine est assez considérable des flocons épais se déposent. Cette réaction peut être hâtée quand on chauffe le liquide à 50 ou 60°.

Lorsqu'on porte le liquide à l'ébullition, la réaction ne se produit plus; après le refroidissement on obtient seulement une coloration brune, et si l'ébullition est prolongée, un dégagement de vapeurs ammoniacales, des matières brunes. Le précipité blanc de cuivre et de créatinine se montre au microscope sous forme de fines aiguilles groupées autour d'un noyau, solubles dans l'eau et dans l'ammoniaque, devenant bleues à l'air. Ces cristaux se dissolvent dans l'acide chlorhydrique; la solution décomposée par l'hydrogène sulfuré, filtrée et évaporée à sec et reprise par l'alcool donne la réaction de la créatinine. E. HARDY.

Ueber die Eigenschaften des dyalysirten Hühnereiweissen (Propriétés du blanc d'œuf dialysé), par LAPTSCHINSKY (*Sitzber. d. k. Ak. d. Wiss. Wien, t. LXXVI, p.* 65-78, 1877).

Un problème, qui n'a pas encore été réalisé, est la préparation d'albumine totalement dépourvue de sels. Laptschinsky, après Al. Schmidt, Aronstein, Heynsius et d'autres, a essayé de préparer l'albumine exempte de sels, par une dialyse prolongée. Il se sert de papier de parchemin allemand qu'il préfère au papier de la Rue (anglais), recommandé par Al. Schmidt. Le papier allemand est plus résistant et ne rend pas la solution acide, comme le papier de la Rue. L'albumine d'un œuf frais était filtrée, et mise dans le dialyseur sans être auparavant diluée dans l'eau. L'eau dans laquelle plongeait la membrane était renouvelée souvent, ce qui empêche, paraît-il, la putréfaction de l'albumine. Au bout de quinze jours cependant, l'albumine non dialysée devient acide. Comme elle contient une petite quantité de glycose et que l'incinération donne une cendre alcaline, L. suppose que l'acidité est due à l'acide lactique. Cependant, dans les premiers jours, la réaction de l'albumine est tout à fait indifférente.

Chauffée, cette albumine dialysée, ne se coagule pas, cependant elle se trouble légèrement; mais si on ajoute une goutte d'acide acétique, il y a coagulation. Entre la coagulation et l'opalescence, L. pense, avec raison qu'il n'y a qu'une question de degré. En résumé pour L. les

réactions de l'albumine dialysée tendent à faire admettre que c'est simment de l'albumine diluée. La dialyse prolongée enlève la plus grande partie de l'albumine qui passe, sans trop de difficulté, à travers la membrane. Avec le sel marin, l'alcool, l'acide acétique, etc., l'albumine dialysée se comporte exactement comme de l'albumine très-diluée.

Enfin, L. n'a pas pu obtenir moins de 1/100 de cendres minérales. Quant au goût de l'albumine dialysée, c'est un goût sucré, et il est possible que ce caractère tienne à la présence du sucre, sans qu'on puisse affirmer que l'albumine seule n'a pas de goût sucré.

CHARLES RICHET.

Einfache Methode, Blutkrystalle zu erzeugen (Méthode simple pour obtenir les cristaux du sang), par R. GSCHEIDLEN (*Archiv für die gesammte Physiologie von Pflüger, XVI, p.* 421).

On prend du sang défibriné et on le conserve à l'étuve en présence d'une très-petite quantité d'air dans un ballon ou un tube de verre fermé. Ce sang devient veineux, il se putréfie et montre la bande d'absorption de l'hémoglobine désoxygénée. Si l'on prend une goutte de ce liquide, qu'on la dépose sur une lame de verre, et qu'après l'avoir laissée évaporer pendant quelques instants on la recouvre avec la plaque mince, l'examen microscopique montre une multitude de cristaux. Ces cristaux sont souvent très-volumineux. Gscheidlen en a obtenu qui atteignaient jusqu'à 3 centimètres de longueur.

L'auteur signale également ce fait que l'hémoglobine du cochon d'inde a présenté un cas de dimorphisme : des prismes rhombiques étaient mêlés aux tétraèdres ordinaires.

DASTRE.

Ueber die Umsetzung des Natriumsulfantimoniats im Thierkörper und die elementar Einwirkung von Schwefelwasserstoff auf das lebende Blut (Transformations du sulfoantimoniate de sodium dans l'organisme et action de l'hydrogène sulfuré naissant sur le sang), par LEWIN (*Archiv f. Anat. u. Phys. p.* 842, 1878).

Le sulfoantimoniate de sodium, traité par les acides même très-faibles comme l'acide carbonique en solution aqueuse, se décompose de la manière suivante :

$$2Na^3S^4Sb^2 + 3CO^2 + 3H^2O = 3Na^2CO^3 + Sb^2S^3 + 3H^2S.$$

L'expérience montre que, dans l'organisme, ce sel se décompose de la même manière, et donne du carbonate de sodium, du sulfate d'antimoine et de l'hydrogène sulfuré.

Cet hydrogène sulfuré, à l'état naissant, agit avec une grande énergie sur l'hémoglobine avec laquelle il se combine en déplaçant l'oxygène, de sorte que l'animal auquel on a injecté du sulfoantimoniate de sodium, meurt très-promptement. L'analyse spectrale du sang permet de constater que l'hémoglobine est réduite (raie D du spectre). Ainsi l'hydrogène sulfuré à l'état naissant agit sur le sang d'une manière plus efficace que

lorsqu'il est injecté à l'état de gaz. En effet, d'après Lewin, après avoir empoisonné des animaux par des inspirations de ce gaz, on n'a jamais pu constater la réduction de l'hémoglobine. CHARLES RICHET.

Recherches de petites quantités de manganèse et recherche de ce métal dans le sang, dans le lait et dans l'urine, par RICHE (*Journal de pharmacie et de chimie, 4e série, tome XXVII, p.* 538, 1878, *et Bull. de l'Ac. de médecine, 2e série, t. VII, p.* 88).

Le dosage de petites quantités de manganèse peut s'effectuer avec une grande exactitude par la méthode suivante : on expose à l'action d'un ou de deux éléments Bunsen une solution de manganèse à l'état de nitrate, ou mieux de sulfate; on recueille au pôle positif du bioxyde de manganèse qui, lavé et calciné, passe à l'état d'oxyde salin, peut être pesé et permet ainsi de déterminer la quantité de manganèse contenu dans la dissolution. Pour déceler de petites quantités de manganèse, un seul élément suffit. La liqueur, amenée à n'occuper qu'un faible volume, est acidulée par deux ou trois gouttes d'acide sulfurique et placée dans un creuset de platine formant le pôle positif au milieu duquel est snspendu un fil ou une lame de platine qui constitue le pôle négatif. On peut se servir également d'un creuset ou d'une capsule de porcelaine au milieu de laquelle pénètrent deux lames de platine. Dès que le courant passe, il se développe une coloration rose dans le cas où il y a du manganèse; peu de temps après, il se produit un dépôt brun que tapisse l'électrode positive où flotte dans la liqueur.

Le dépôt de manganèse est très-net lorsque la liqueur renferme un demi-milligramme d'oxyde.

Le manganèse se détermine exactement par cette méthode en présence du cuivre, du zinc, du nikel, des sels terreux et alcalins, mais il n'est pas précipité en présence d'un excès de sel de fer. Toutefois, la précipitation est complète quand le manganèse prédomine.

M. Riche a appliqué cette méthode à la recherche du manganèse dans le sang. Il employa deux procédés. Le premier, proposé déjà par Millon, consiste à détruire la matière organique par le chlore. En opérant sur 1 kilogramme de sang de bœuf, il obtint une quantité de manganèse inférieure à 1 milligramme et supérieure à 1/2 milligramme.

Le deuxième procédé fut de carboniser le sang par portions dans une capsule de platine, et d'incinérer le charbon à la température la moins haute possible; puis, le résidu débarrassé des matières solubles par 5 ou 6 lavages à l'eau froide fut repris par l'acide chlorhydrique étendu; la liqueur évaporée à sec et maintenue pendant une demi-heure à une température suffisante pour insolubiliser la silice et décomposer un peu de chlorure de platine qui pouvait se former pendant l'incinération, fut épuisée par de l'eau acidulée d'acide chlorhydrique, filtrée, et la solution mise en digestion avec du carbonate de baryte précipité. La solution filtrée, saturée par un léger excès d'acide sulfurique, fut évaporée à sec après filtration. Enfin, le résidu, repris à chaud par 15 ou 20 gouttes d'acide sulfurique, fut évaporé presque à sec et repris par l'eau bouillante, filtré et soumis à l'action du courant de la pile dans un petit creuset de platine.

On trouva, par cette méthode, par kilogramme de sang :

Fer.....	0,833	0,708	0,733
Manganèse.	0,0015	0,0005	0,0003

En opérant sur 200 grammes de sang humain, l'auteur trouva une fois une quantité insignifiante de manganèse, l'autre, environ 2 milligrammes.

M. Riche conclut de ces observation que le manganèse n'est pas un élément essentiel des globules.

Le lait et l'urine n'ont fourni que des traces de manganèse. (Voir *R. S. M.*, XI, 460). E. HARDY.

Sur une méthode d'extraction des pigments d'origine animale, par MÉHU (*Bull. de l'Ac. de médecine*, 2e *série, tome VII, n*° 26).

Cette méthode consiste essentiellement dans la saturation à froid du liquide coloré par la sulfate d'ammoniaque. Le résultat n'est généralement complet qu'autant que le liquide a été très-légèrement acidulé par l'acide sulfurique.

Pour extraire le pigment des urines hémaphéiques, on les additionne de 2 grammes environ d'acide sulfurique par litre; puis on les sature de sulfate d'ammoniaque. Le pigment rouge, ou urobiline, se sépare; on le recueille sur un filtre et on lave avec une solution saturée de sulfate d'ammoniaque.

Le même procédé est applicable à la bile, aux matières fécales et au lait. G. DECAISNE.

Lecture on the Presence of Bile in the Saliva (Leçons sur la présence de la bile dans la salive), par Samuel FENWICK (*The Lancet*, 1er *septembre* 1877, *p.* 303).

La présence des matériaux colorants de la bile dans les tissus, les sécrétions et les exsudats inflammatoires chez les ictériques, est aujourd'hui généralement admise. Il n'est fait d'exception que pour la salive, où non-seulement les anciens, mais les modernes (Frerichs, Murchison et d'autres) nient ou, tout au moins, révoquent en doute que les susdits éléments biliaires aient jamais été rencontrés. Fenwick pense, d'après ses recherches personnelles, que la salive n'échappe nullement à la loi générale. En évaporant le liquide salivaire fourni par un malade atteint de jaunisse, on obtient, dit-il, un résidu jaunâtre dont le principe colorant, soluble dans le chloroforme, paraît être identique à celui de la bile. Quand l'ictère est intense, on peut même se borner à agiter la salive avec de l'alcool et à la jeter sur un filtre en papier blanc : l'anneau formé par l'alcool dépose par évaporation une tache jaunâtre.

Le principe colorant dont il s'agit peut même être retrouvé dans la salive alors que l'ictère a disparu, particularité qui tient, selon l'auteur, à ce que, le fluide salivaire étant incolore, des traces de pigment y sont visibles qui resteraient inaperçues dans l'urine.

Bien des gens se disent « bilieux » qui n'ont point de jaunisse, ne pré-

sentent pas de signes anormaux du côté du foie, et n'ont d'autres symptômes à faire valoir qu'une légère coloration jaune du dos de la langue, et une amertume habituelle de la bouche. En examinant leur salive, on y trouve les matériaux colorants de la bile, fait qui suffit à expliquer les deux phénomènes morbides allégués par les patients. P. GINGEOT.

Analyse einer Gallenstein (Analyse d'un calcul du foie), par Carl BITTMANN (*Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften, p.* 323, 1878).

La vésicule biliaire d'une femme de 34 ans contenait un calcul du poids de 0,9682 grammes, de forme arrondie, d'une couleur vert brunâtre, et jaune brillant à l'intérieur. La couche brune était d'environ 0,7 millimètres d'épaisseur. Le calcul était formé de couches concentriques entourant un noyau. Une moitié du calcul fut pulvérisée et desséchée au bain-marie. La masse fut alors épuisée par l'éther; celui-ci fut évaporé, et le résidu, séché à 105°, donna la cholestérine et les matières grasses. Le résidu fixe fut traité par une solution alcaline et épuisé de nouveau par l'éther. L'éther évaporé donna le poids de la cholestérine, et par différence on eut celui des matières grasses.

La partie du calcul restée insoluble dans l'éther, épuisée par l'alcool, filtrée et séchée, donna le taurocholate et le glycocholate de soude et les matières colorantes. Les parties restées insolubles dans l'alcool étaient formées par le mucus et un peu de matière colorante.

Une petite quantité du calcul calcinée dégagea beaucoup d'ammoniaque. Les cendres contenaient beaucoup d'acide phosphorique.

L'analyse donna les chiffres suivants pour 100: cholestérine, 79 grammes; matières grasses, 0,80; eau, 7,41; éléments minéraux (phosphate ammoniaco-magnésien), 3,23; glycocholate et taurocholate de soude et matière colorante, 5,28; mucus et matières colorantes, 2,69; perte, 0,73.

E. HARDY.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Ueber Veränderungen quergestreifter Muskeln bei Phthisikern (Des altérations des muscles striés chez les phthisiques), par E. FRAENKEL (*Archiv für path. Anat. und Phys., t. LXXIII, p.* 380).

Les muscles ne présentaient pas d'altération visible à l'œil nu. Pour l'examen histologique, l'auteur employa les préparations fraîches par dilacération, ou bien les coupes transversales après durcissement dans le liquide de Müller et l'alcool absolu. — Réactif colorant : solution d'éosine ou d'hématoxyline.

Les muscles les plus altérés sont dans l'ordre décroissant : ceux de

la cuisse et le diaphragme, de la jambe, du dos, du ventre, de l'éminence thénar, le masséter, les muscles du cou et du thorax. L'auteur observa dans la substance contractile toute une série de lésions, depuis la plus simple disparition de la striation jusqu'à la transformation de tout le contenu du faisceau primitif en une masse finement granuleuse, et la disparition complète de l'intérieur du tube de sarcolemme. Souvent on constate l'existence des blocs vitreux décrits par Zenker. Notons encore l'apparition assez fréquente de pigment dans les adducteurs, le diaphragme et les muscles des yeux. L'éosine colore en rouge intense les faisceaux altérés ; particularité que l'auteur a déjà signalée dans l'anémie pernicieuse progressive. On rencontre encore dans la majorité des cas les lésions suivantes, sur lesquelles l'auteur insiste particulièrement :

1° Le changement de forme. Au lieu de la forme polygonale régulière, on trouve des formes aplaties, fusiformes, demi-circulaires, etc.

2° La diminution de grosseur. D'après les tableaux de l'auteur, les fibres primitives des muscles altérés seraient presque diminuées de moitié.

Il s'agit, d'après cela, d'une véritable atrophie, compliquée de dégénérescence, qui explique parfaitement le symptôme le plus saillant de la phthisie ; c'est-à-dire l'amaigrissement.

Les lésions du tissu cellulaire sont faciles à reconnaître sur de simples coupes transversales, vu que les tubes de sarcolemme se détachent beaucoup plus facilement qu'à l'état normal. On obtient alors une image grillagée dont les lignes sont constituées par les travées cellulaires du périmysium ayant souvent atteint le double de leur volume. Cette hypertrophie peut du reste être répandue uniformément sur tout un muscle, ou être localisée à un faisceau ou une partie de faisceau. Dans ce dernier cas, elle atteint souvent des proportions énormes. En même temps on constate une prolifération considérable de cellules du tissu connectif.

Le sarcolemme ne présente pas de lésions.

L'auteur n'a pas trouvé d'altération des vaisseaux, et spécialement pas les proliférations endothéliales décrites par Popoff.

L'observation nous apprend, dit-il, que nous avons affaire à un processus conduisant facilement à l'atrophie musculaire, qui se localise tantôt sur la substance contractile et y détermine les lésions observées dans la fièvre typhoïde, tantôt frappe de préférence le tissu connectif et ne fait disparaître que secondairement la substance contractile. Je n'ai jamais observé de régénération musculaire. Ces lésions n'ont rien de spécial à la phthisie, puisqu'on les a rencontrées dans une foule de maladies différentes. On pourrait penser qu'elles sont le résultat d'une même cause commune à toutes ces affections, la fièvre par exemple, mais les expériences de Litten semblent démontrer le contraire. Ce serait là un signe de cachexie, peut-être une lésion nutritive.

Que cette altération de structure provoque des lésions importantes dans les muscles, cela n'a rien de bien étonnant. Cependant comme ces altérations se répandent avec assez d'uniformité sur tous les muscles, on a rarement l'occasion d'observer des désordres fonctionnels d'un groupe musculaire déterminé. Comme exemple, l'auteur cite deux cas dans lesquels il observa chez des jeunes gens, des désordres de la vue

qui tenaient à une insuffisance des deux muscles droits internes de l'œil, et il suppose que cette insuffisance tenait à une altération générale des muscles susdits. Au point de vue anatomique, comme nous avons vu, ce sont les muscles de la cuisse et le diaphragme qui sont atteints de préférence; peut-être cette particularité explique-t-elle la fréquence de la dyspnée et de la faiblesse des extrémités inférieures G. Hayem a décrit déjà toutes ces lésions : 1° in *Comptes rendus de la Soc. de biologie* et *Gaz. méd.*, 1874; 2° in *Recherches sur l'anatomie path. des atrophies musc.*, Paris, 1877.

Die degenerativen Veränderungen der Zwerchfellmusculatur : ihre Ursachen und Folgen (Des dégénérescences du diaphragme : causes et effets), par ZAHN (*Arch. für path. Anat. und Phys.*, *t. LXXIII*, *p.* 166).

« On a quelquefois l'occasion d'observer des cas où l'autopsie la plus minutieuse est impuissante à révéler la cause de la mort. En général, il s'agit d'individus robustes, bien nourris, relativement jeunes, dont les organes, à l'exception du poumon et du cœur, sont en bon état. Les lésions thoraciques ne sont d'ailleurs jamais assez accentuées pour expliquer le décès. Du côté du poumon, de l'emphysème et de l'hypérémie, quelquefois de l'œdème, une irritation plus ou moins violente des bronches : du côté du cœur, un peu d'hypertrophie surtout à droite, avec les lésions qui caractérisent d'ordinaire la mort par asphyxie lente. Au microscope on trouve un peu de myocardite et de dégénérescence graisseuse : l'endocarde et les valvules sont en bon état. »

Ces cas avaient attiré depuis longtemps l'attention de l'auteur, lorsque dans le courant de 1877 il remarqua l'aspect jaunâtre du diaphragme chez un homme mort dans ces conditions, et l'examen histologique démontra l'existence d'une altération assez avancée de ce muscle.

Depuis lors, il put se convaincre que les dégénérescences du diaphragme sont relativement fréquentes et que, dans certains cas du moins, ces altérations pouvaient expliquer le décès, car, ainsi que le dit Virchow, « l'atrophie du diaphragme détermine la mort par asphyxie à la suite de la plus légère bronchite. »

Avant d'exposer les résultats de l'auteur, nous devons dire que la dégénérescence graisseuse du diaphragme a déjà été décrite par Callender (*The Lancet*, 1867, II, p. 39).

Zahn décrit trois genres de dégénérescence du diaphragme : 1° la dégénérescence cireuse ; 2° la dégénérescence granulo-graisseuse ; 3° l'*atrophie brune* avec prolifération de cellules et noyaux. Voici en quoi consiste cette dernière.

Les fibres altérées ont une striation moins apparente et on observe à leur intérieur une quantité considérable de granulations très-petites. On voit qu'il s'agit probablement d'un premier degré de la dégénérescence granulo-graisseuse. Le nom d'atrophie brune a été donné par Zahn, parce que dans un grand nombre de ces fibres on trouve autour des noyaux des accumulations de pigment jaunâtre, granuleux.

Au point de vue des causes, on sait que les dégénérescences cardiaques sont dues au marasme chronique, quel que soit son origine. Il en est de même pour le diaphragme, et la lésion évoluera avec d'autant plus de

rapidité que le muscle sera obligé de fournir une somme de travail plus considérable (comme dans le cas d'un poumon sclérosé ou emphysémateux).

La dégénérescence du diaphragme, aussi bien que celle du cœur, se rencontre encore dans les maladies infectieuses et les intoxications, et, chose remarquable, dans la pneumonie franche primitive dont on connaît les morts subites et inexpliquées.

On voit que la cause principale de la dégénérescence du muscle est, pour Zahn, l'exagération de l'activité normale, ce qui n'est pas entièrement démontré. Il en ajoute une deuxième, l'augmentation de l'acide carbonique du sang pouvant produire des lésions de nutrition des tissus.

En résumé, dit l'auteur, les recherches ne sont pas encore arrivées à un degré de vérité absolu, mais elles suffisent pour démontrer que la dégénérescence du diaphragme peut être la cause de la mort, ou en tous cas une sérieuse complication des maladies thoraciques.

C. Z.

Zur Tuberculosenfrage (Étude sur la tuberculose), par BAUMGARTEN (*Centralbl. f. die medicin. Wissenschaft.*, 30 *mars* 1878).

L'auteur a signalé en 1876 (*Centralbl.*) l'apparition constante d'un tissu de granulations riche en cellules géantes et en cellules épithélioïdes autour des ligatures pratiquées sur les vaisseaux ; mais il n'avait pu reconnaître dans ces mêmes points de nodules analogues à ceux du tubercule.

Il dit avoir constaté récemment, dans le tissu qui avoisine les petits corps étrangers comme les débris de poils, les fibrilles de coton, les poussières qui se déposent dans toute plaie d'opération, de véritables cellules géantes de tubercule ; c'est, dit-il, la même disposition typique des noyaux à la périphérie, le même protoplasma spécial avec ses granulations foncées ; ces cellules sont tantôt isolées, tantôt entourées d'un amas rond ou ovale d'éléments épithélioïdes ou lymphoïdes ; souvent le nodule est parcouru par un réticulum ; on n'y peut reconnaître aucun vaisseau.

Il est tout à fait impossible, en comparant ces pièces avec des tubercules vrais, de trouver aucune différence entre les unes et les autres ; toutefois la néoplasie artificielle ne présente aucune tendance à la caséification ni à la dissémination.

G. HOMOLLE.

Pathologische Veränderungen in den Lymphraümen des Gehirns (Altérations pathologiques dans les espaces lymphatiques du cerveau), par H. JOSIONCK (*Archiv der Heilkunde, B. XIX, Heft* 3, *p.* 223, 1878).

L'auteur part de ce principe que la plupart des maladies du cerveau ont leur origine dans l'appareil circulatoire de cet organe. Cette cause initiale tantôt réside dans un simple trouble fonctionnel de la circulation, tantôt dans des altérations pathologiques des membranes qui constituent la paroi des vaisseaux. Or, les vaisseaux du cerveau sont entourés de deux variétés d'espaces lymphatiques sur la distinction desquelles on n'a pas toujours suffisamment insisté. D'une part, il y a l'espace compris entre la tunique interne et la tunique adventive, et auquel Boll a proposé

de donner le nom d'espace adventice; d'autre part, il y a un espace compris entre la tunique adventice des vaisseaux et le tissu nerveux ambiant, auquel Boll a donné le nom d'espace périvasculaire. L'existence de ce dernier n'est pas admise par tout le monde. Beaucoup d'auteurs le considèrent comme un produit factice des manipulations qu'exige le durcissement des pièces anatomiques. Telle n'est pas l'opinion de Josionck qui a précisément entrepris de démontrer l'importance des altérations des espaces périvasculaires dans la pathologie du cerveau.

Ces espaces périvasculaires ont entre autres attributions celles de compenser les modifications du calibre que subissent les vaisseaux sanguins. Quand la pression augmente à l'intérieur des vaisseaux, le calibre des espaces périvasculaires diminue et réciproquement. Ce qui prévient la compression et le tiraillement du tissu nerveux.

Golgi a démontré par des mensurations directes que le calibre des espaces périvasculaires est en raison inverse de celui des vaisseaux.

Les recherches de Josionck ont porté sur des cerveaux d'individus ayant succombé à la méningite traumatique ou spontanée. Toujours il a trouvé une notable quantité de pus et de globules blancs accumulés entre la paroi externe de la tunique adventice et la substance cérébrale.

Quant aux différentes formes de dilatation, ampullaire, sacciforme, anévrysmatique de la tunique adventice, depuis longtemps déjà on en a publié de nombreux exemples.

Dans un second chapitre Josionck examine succinctement les anomalies du tissu conjonctif des gaînes lymphatiques et les troubles circulatoires qui en dépendent. Parmi les altérations que peuvent subir ces gaînes, l'auteur range le développement en très-grand nombre d'appendices filiformes à la face externe des espaces périvasculaires, appendices qui, selon certains anatomistes, existent normalement en nombre variable.

Plus souvent les parois des capillaires s'hypertrophient de façon à faire disparaître les espaces périvasculaires.

Dans les cas de lésions syphilitiques des artères cérébrales, il résulte de la description de Heubner que les espaces périvasculaires sont comblés par une substance gommeuse.

Très-souvent on découvre dans les cerveaux provenant d'aliénés un épaississement général de la tunique adventice, avec effacement des espaces adventice et périvasculaire. Enfin les espaces périvasculaires peuvent encore, en certains points, être oblitérés par des agglomérations de tubercules plus ou moins caséifiés.

Dans tous ces cas, on voit survenir des troubles de la circulation et de la pression sanguine, en même temps que les échanges nutritifs entre le tissu nerveux et le contenu des vaisseaux se trouvent enrayés.

F. LABADIE-LAGRAVE.

Altération amyloïde des ganglions lymphatiques, par CORNIL (*Soc. de biol.* 2 *mars* 1878).

La conclusion à tirer de cette communication est que les ganglions lymphatiques en dégénérescence amyloïde plus ou moins avancée, lorsqu'ils sont hypertrophiés, sont atteints d'une inflammation chronique

analogue à celle des ganglions syphilitiques et tuberculeux, portant sur leur tissu conjonctif et sur les cellules endothéliales du tissu caverneux et des tissus péri-folliculaires. Le tissu réticulé des ganglions peut devenir amyloïde. L. G. R.

Examen du sang d'un enfant de 10 ans, mort du diabète, par HAMILTON (*Edinb. med. Journ., p.* 262, *sept.* 1878).

Cet enfant, malade du diabète depuis six ans, fut pris, deux jours avant sa mort, de dyspnée, de délire et finalement de coma. A l'autopsie, le sang retiré du cœur offrait des caractères particuliers tout à fait remarquables. Il se séparait en deux couches, l'une d'apparence laiteuse, l'autre normale. Les viscères avaient une odeur spéciale comparable à celle de la bière fermentée. L'analyse du sang, pratiquée par Aitken et Morison, montra que les produits de la distillation avaient une odeur analogue à celle de l'acétone, mais non identique, pourtant, comme on put le vérifier en la comparant à celle de l'acétone véritable. En ajoutant au liquide ainsi obtenu une solution de potasse et de bichlorure de mercure, il se forma un précipité jaune, soluble dans un excès de réactif. Ce fait n'est pas très-démonstratif de la réalité de la théorie de l'acétonémie pour expliquer la mort subite des diabétiques. H.R.

Etat des testicules dans le typhus, par FENOMENOW (*St-Petersburg. med. Wochens.*, 8 *juillet* 1878).

L'auteur a examiné les testicules de 12 sujets morts les uns (5) du typhus exanthématique, les autres (3), du typhus abdominal, (2) de fièvre typhoïde à forme bilieuse (2) d'une forme mixte de typhus et de fièvre récurrente. Pour ses préparations l'auteur s'est servi de l'alcool et de l'hématoxyline et les montait dans la glycérine.

Les altérations siégeaient surtout dans l'épithélium des conduits séminifères et dans la tunique épithéliale des vaisseaux sanguins; elles consistaient en une dégénérescence granulo-graisseuse, prédominante dans l'épithélium des vaisseaux. De distance en distance, on trouvait de petites hémorrhagies. A. C.

Ueber Tuberculose der Schildruse (De la tuberculisation du corps thyroïde), par CHIARI (*Med. Jahrbücher von Stricker, Heft* 1, *p.* 69, 1878).

La tuberculisation du corps thyroïde, contrairement à l'opinion générale, est loin d'être rare; et lorsqu'on prend le soin de faire une série de coupes parallèles sur le corps de la glande et de faire durcir quelques préparations dans l'alcool, on arrive à reconnaître qu'elle est même assez fréquente, puisque sur 100 tuberculeux pris au hasard, 7 étaient atteints, d'après une statistique de l'auteur, de tubercules de cet organe. La tuberculose peut, du reste, s'y montrer sous ses diverses formes, tantôt à l'état de granulations miliaires, tantôt à l'état d'infiltration caséeuse. Le microscope, qui est venu corroborer les données macros-

copiques, montre que les tubercules de la glande thyroïde présentent la même structure que partout ailleurs, et qu'ils se développent dans le tissu conjonctif périacineux et non aux dépens de l'épithélium alvéolaire, comme le veulent Cornil et Ranvier. En effet, les cellules épithéliales des vésicules thyroïdiennes, loin de proliférer, subissent en général la dégénérescence granulo-graisseuse, ce que l'auteur attribue à la pression périphérique exercée par le néoplaste du tissu conjonctif. La tuberculisation du corps thyroïde paraît toujours être secondaire et se développer dans le cours d'une tuberculisation générale. Jamais, en effet, on n'a rencontré de tubercules dans cet organe, sans qu'il en existât dans les poumons ou bien ailleurs. C'est, du reste, dans la forme miliaire aiguë de cette diathèse qu'on l'observe de préférence. WEISS.

Cavité dans la moelle épinière, par F. TAYLOR (*Path. Soc.; Med. Times and Gaz., p.* 633, 8 *juin* 1878).

Il s'agit d'un enfant âgé de 18 mois atteint d'hydrocéphalie chronique, qui avait succombé à une broncho-pneumonie. A l'autopsie, on trouva une cavité irrégulière, distincte du canal central, située à la partie inférieure de la région dorsale de la moelle et longue de 2 pouces 1/2. Cette cavité avait été formée aux dépens de la substance grise et blanche de la moelle; sa face interne était tapissée par une couche épithéliale qui se confondait avec les tissus environnants. Une cavité semblable, mais plus petite, existait à la partie supérieure de la région dorsale. L'origine de ces cavités se rapporte vraisemblablement à un arrêt du développement; on sait que chez les oiseaux existe un sinus rhomboïdal dû à l'écartement des faisceaux postérieurs de la moelle. J. B. H.

Sympexions volumineux d'une vésicule séminale chez un sujet sain, par RELIQUET et CADIAT (*Bull. de l'Ac. de méd.*, 2e *série, tome VII, n*° 38).

M. Reliquet rappelle d'abord qu'en 1874 il a lu devant l'Académie l'observation d'un cas d'oblitération du canal éjaculateur gauche par des sympexions de la vésicule séminale. Aujourd'hui il s'agit d'une pièce analogue recueillie sur un supplicié six heures après l'exécution.

A première vue, les vésicules séminales, distendues, dures, se tenaient raides comme dans une sorte d'état d'érection. Leur surface était injectée et violacée; la prostate n'offrait rien d'anormal, et l'urèthre ne contenait pas de sperme, ce qui est pourtant ordinaire chez les suppliciés.

La vésicule séminale droite, à une pression légère entre les doigts, se vide facilement du sperme qu'elle contient. En même temps que le sperme, s'échappe une masse sphérique, à peine grosse comme un petit grain de millet, transparente, jaunâtre et de consistance molle.

La vésicule séminale gauche est très-dure; en comprimant légèrement entre les doigts, on ne fait sortir que très-peu de liquide par le canal éjaculateur, à peine une goutte. Elle est littéralement remplie par des sympexions denses. L'un d'eux, du volume d'un pois, se trouve dans le cul-de-sac; un autre est au milieu de la cavité, et enfin, du côté du ca-

nal éjaculateur, on voit une masse volumineuse qui fait bouchon et oblitère ce conduit dans le premier tiers de son parcours.

Ces sympexions étaient bien de même nature que ceux qui ont été décrits par M. Robin. Celui qui s'est échappé de la vésicule séminale droite était formé d'une substance homogène, s'écrasant entre deux plaques de verre, un peu plus réfringente que l'eau, soluble dans l'acide acétique et couvert de cellules épithéliales et de spermatozoïdes adhérents à sa surface. Les sympexions volumineux de la vésicule séminale gauche étaient irréguliers, formés de travées anastomosées entre elles, de façon à limiter des aréoles remplies de cellules épithéliales irrégulièrement entassées. La substance de ces travées, de même nature que celle de la petite masse sphérique de la vésicule droite, renferme quelques éléments englobés, des granules graisseux, des grains d'hématoïdine. Il n'y a pas de dépôts de carbonate de chaux.

On conçoit que de telles productions, poussées par la contraction expultrice de la vésicule séminale, puissent pénétrer dans le canal éjaculateur, le distendre et l'oblitérer. De là les symptômes douloureux de coliques spermatiques qui existent jusqu'à l'évacuation spontanée ou provoquée des sympexions. GASTON DECAISNE.

Die feineren Veränderungen des Gelenkknorpels bei fungoser Synovitis und Caries der Gelenkenden (Des lésions histologiques du cartilage articulaire dans la tumeur blanche et la carie des épiphyses), 1 planche, par A. WEICHSELBAUM (*Archiv für path. Anat. und Phys., t. LXXIII, p.* 461).

Les premières altérations existent au bord du cartilage, à l'endroit où il est recouvert par les derniers prolongements de la synoviale. Là se rencontrent des cellules spéciales qui se distinguent des cellules cartilagineuses ordinaires aussi bien que de celles de la synoviale, par ce fait que le corps de la cellule présente des prolongements de différentes longueurs quelquefois ramifiés, ou simplement des contours irréguliers, anguleux. (Ces cellules seraient en tout point semblables à celles décrites dans le cartilage céphalique des céphalopodes. (Voir Ranvier, *Traité technique d'histologie*, p. 288.) Comme l'on observe la transition graduelle de ces éléments en capsules cartilagineuses, l'auteur les a considérés comme des cellules « de formation ou de prolifération ». Ce sont elles qui jouent, comme on va voir, le rôle principal dans le processus de la synovite fongueuse. Je traduis textuellement :

1° On constate dans tous les cas que les cellules du cartilage articulaire prennent une part *active* aux lésions de la synovite fongueuse et de la carie. Ce fait, connu depuis longtemps, avait été mis en doute à tort à la suite de recherches expérimentales ;

2° Les transformations des cellules cartilagineuses ne consistent pas, comme on l'a admis généralement, en une multiplication et une transformation en cellules de pus, mais en leur retour à leur état naissant représenté par les cellules de prolifération dont nous venons de parler. Le tissu fondamental du cartilage disparaît, se creuse de cavités, se défibrille.

3° Cette transformation caractéristique des cellules cartilagineuses

débute toujours au bord du cartilage et se poursuit dans une direction déterminée. Elle n'est jamais généralisée, et surtout dans la carie elle manque dans les couches inférieures du cartilage.

Au point de vue de la technique, l'auteur emploie pour l'examen immédiat une solution de chlorure de sodium à 1/2 0/0 avec quelques gouttes d'acide acétique dilué. Comme réactif colorant, la solution d'iode ioduré (3 parties d'iode et 4 d'iodure de potassium pour 100 d'eau), avec l'acide sulfurique, puis la glycérine, ou bien encore le chlorure d'or. Comme réactif de macération, le liquide de Müller. Examiner de préférence les extrémités enlevées par des opérations chirurgicales.

C. Z.

Mémoire sur l'inclinaison et la flexion de la colonne vertébrale dans les déviations latérales de cette tige, par J. GUÉRIN (*Bullet. de l'Ac. de médecine, 2e série, tome VII, n° 41*).

Après avoir rappelé en quelques mots les dispositions anatomiques et physiologiques qui président aux mouvements d'inclinaison et de flexion de la colonne à l'état normal, l'auteur s'attache à démontrer que l'inclinaison et la flexion font invariablement partie de toute déviation latérale de l'épine, à quelque degré qu'elle soit parvenue. Toutes les causes d'inclinaison et de flexion pathologiques primitives se résolvent invariablement, suivant lui, dans une même cause générale, à savoir : le trouble de l'équilibre et les réactions musculaires qu'il provoque. Ainsi, dès le début de la maladie, il y aurait inclinaison et flexion de la colonne. Les mouvements physiologiques desservis par les articulations spéciales existant entre la septième cervicale et la première dorsale, entre la onzième et la douzième dorsale, enfin entre la dernière lombaire et le sacrum, ainsi que par les muscles correspondants, serviraient de point de départ aux déviations de l'épine résultant du trouble de l'équilibre qui assure la verticalité normale du tronc. Toutes les causes susceptibles d'altérer cette verticalité se résument dans deux faits généraux :

1° L'obliquité primitive du bassin par brièveté d'un des membres pelviens.

2° L'obliquité consécutive résultant d'attitudes vicieuses provoquées par insuffisance musculaire ou ligamenteuse.

En résumé, l'inclinaison et la flexion primitive de l'épine constituent le caractère principal d'un ordre entier de déviations, auxquelles M. Guérin donne le nom de : *déviations musculaires passives.*

GASTON DECAISNE.

The unequal length of normal limbs shown by measurement of the bones (De l'inégalité normale de la longueur des membres démontrée par la mensuration des os), par John B. ROBERTS (*Philadelphia med. Times, 3 août 1878*).

On sait qu'il est le plus souvent impossible, après les fractures, de rendre au membre blessé la longueur du membre sain. Or, il existerait, paraît-il, une inégalité normale entre les membres des deux côtés du corps. Cox et Wight, qui se sont livrés à un grand nombre d'expériences,

ont trouvé qu'il pouvait y avoir, sous ce rapport, jusqu'à une différence d'un demi-pouce. Frappé de ces résultats, M. Roberts s'est mis à l'œuvre à son tour. Mais, en raison de l'extrême difficulté que l'on éprouve à pratiquer des mensurations sur le vivant, à cause des parties molles qui masquent les points de repère et des mouvements qui détruisent le parallélisme, il a pratiqué ses recherches sur le squelette, en s'entourant de toutes les précautions pour éviter les causes d'erreur. Ses résultats concordent presque toujours avec ceux de Cox et Wight et, dans l'immense majorité des cas, des différences de longueur notables ont été constatées, soit du côté du fémur, soit du côté du tibia. Ces différences varient de 1/16 à 8/16 de pouce.

L'auteur en conclut que, malgré les soins les plus attentifs, le chirurgien éprouvera souvent de grandes déceptions lorsqu'il cherchera à éviter la claudication à des blessés atteints de fracture de cuisse ou de jambe.

Il ne pourra guère réussir que si le traumatisme a porté sur le membre déjà normalement le plus long. GASTON DECAISNE.

Origine e anatomia dei diverticoli intestinali e loro applicazioni alla pratica chirurgica (Anatomie et origine des diverticulums intestinaux; leur application à la pratique chirurgicale), par SANGALLI (*Rendiconti del Reale Istituto Lombardo di sciense e lettere, série II, vol. X, fas.* 6° *et La Medecina contemporanea, Milan, janvier* 1878).

Sangalli a trouvé les diverticulums intestinaux dans l'iléon, le côlon, le rectum, et quelquefois dans le jéjunum ; cela prouve qu'ils ne sont pas produits comme le croit Meckel par un arrêt de développement du conduit omphalo-mésentérique. L'auteur n'admet cette explication que pour les appendices en forme de doigt de gant qui siégent à la partie inférieure de l'iléon ; pour tous les autres il invoque un simple excès de formation avec déviation du type normal. Pour lui, il n'y a pas de faux diverticulums, car ils sont tous formés par les trois tuniques intestinales, même quand ils prennent naissance sur la face concave de l'intestin. Sangalli réfute l'idée qu'une hernie de la muqueuse à travers la tunique musculaire caractérise les diverticulums sphériques ; il y aurait une destruction de cette dernière tunique. Enfin, les diverticulums coniques sont uniques et congénitaux, les autres multiples et acquis; dans l'intérieur de ces derniers il a trouvé des ascarides.

Au point de vue chirurgical, on trouve dans ce mémoire trois cas d'étranglement intestinal produits par l'introduction d'une anse à travers l'anneau formé par des diverticulums adhérents entre eux à leurs extrémités libres. MARCANO.

Intorno all' Anchilostoma duodenale (Fubini). (De l'ankilostome duodénal), par GRASSI Battista, PARONA Corado et PARONA Ernesto). (*Pavie, extrait de la clinique médicale, avril* 1878).

Ce parasite se trouve dans le duodénum et le jéjunum à l'état de développement parfait. Ses œufs ont une forme ovale qui pourrait les

faire confondre avec ceux des oxyures et des ascarides. Les larves subissent des transformations multiples qui ont été étudiées par M. Grassi. A leur second stade de développement, elles ressemblent beaucoup à la filaire du sang de l'homme : peut-être celle-ci est-elle une larve de l'ankylostome. — On trouve facilement les œufs de l'ankylostome dans les fèces et dans les vomissements, ou encore les embryons et les larves. La présence de ces parasites s'accompagne d'une anémie et d'une cachexie très-marquées et de troubles intestinaux, souvent de l'œdème des membres inférieurs, d'éruptions cutanées, etc..... Le calomel a été employé comme anthelminthique. F. BALZER.

Ueber das Vorkommen und die Bedeutung supernumerärer Brüste und Brustwarzen (De la production et de la signification de mamelles et de mamelons surnuméraires), 1 planche, par LEICHTENSTERN (*Archiv für path. Anat. und Phys., t. LXXII, p.* 222).

L'auteur a eu l'occasion d'observer 13 fois cette anomalie, qui passe pour très-rare, et il a réuni à ce propos les 92 cas publiés jusqu'ici. Ces recherches lui ont fait voir qu'il existait à ce sujet bien des erreurs et des confusions dans la science. Voici ses conclusions :

La polythélie (plusieurs mamelons) rudimentaire, avec ou sans polymastie est observée assez fréquemment et à peu près également chez l'homme et chez la femme. On peut compter qu'on la trouve environ une fois sur 500 individus, proportion qui paraît exagérée à première vue. On a considéré jusqu'à ce jour la polythélie comme beaucoup plus fréquente chez la femme, parce que chez elle, les mamelons surnuméraires s'accompagnent fréquemment d'une véritable mamelle supplémentaire, ce qui éveille davantage l'attention.

Les mamelons et mamelles supplémentaires sont situés de préférence à la partie antérieure du thorax (dans 91 0/0 des cas). Les cas où on les a observés dans l'aisselle, sur le dos, l'épaule ou la cuisse sont des exceptions extrêmement rares.

Les mamelons surnuméraires du thorax sont d'ordinaire situés (94 0/0 des cas) symétriquement, au-dessus ou en dedans des mamelons normaux. Rarement ils siégent au-dessous et alors il sont en dehors, vers l'aisselle, presque jamais sur la ligne médiane. Ils forment ainsi deux lignes convergentes, semblables à celles que l'on trouve chez un certain nombre d'animaux.

Lorsqu'il n'y a qu'un mamelon supplémentaire il se trouve bien plus souvent à gauche (on sait que la mamelle gauche, pour des causes inconnues, est d'ordinaire plus développée).

Le faits que l'on trouve quelquefois relatés de mamelons surnuméraires du ventre ou de la région inguinale sont controuvés et reposent sur des erreurs de citation.

On ignore si la prédisposition à la polythélie se transmet par hérédité. En tout cas, elle constitue une anomalie indifférente chez l'homme, tandis que chez la femme où elle s'accompagne d'ordinaire de polymastie elle peut être la cause d'une gêne considérable. Autrefois on pensait que les femmes qui portaient cette singulière anomalie étaient prédisposées aux

accouchements gémellaires, et l'auteur cite l'histoire d'une dame de Bâle qui se trouvant dans ce cas, consulta la faculté de Tubingue afin de savoir si en cas de mariage elle ne serait pas exposée à avoir constamment des jumeaux. La réponse fut négative, et de fait sur les 70 femmes polymastes dont on connaît l'histoire, 3 seulement eurent des jumeaux.

La signification et le mode de formation de l'anomalie dont il s'agit, sont loin d'être élucidés. Meckel avait émis l'opinion que tout homme avait au debut 5 mamelles (dont 2 dans l'aisselle et 1 sur la ligne médiane), mais que 2 seulement se développaient normalement. Cette hypothèse se basait sur l'observation célèbre et restée unique de Percy (femme à cinq mamelles).

L'auteur pense que cette idée est erronée, du moins en partie, attendu que rien n'est plus rare que les mamelons de la ligne médiane. Il pense, avec Darwin, que ces organes supplémentaires sont des exemples de ce qui existait chez nos aïeux déjà si lointains, probablement organisés d'une façon très-inférieure et porteurs de plusieurs mamelles. Chaque homme possède en naissant la tendance à la production de plusieurs seins, tendance qui s'est amoindrie depuis les millions d'année qui nous séparent de nos ancêtres. Cette hypothèse est d'autant plus naturelle qu'il est démontré que les mamelons accessoires sont beaucoup plus fréquents qu'on ne l'avait cru jusqu'à ce jour. Ils sont, il est vrai, aussi fréquents chez l'homme que chez la femme, mais on sait que, d'après Darwin, à l'origine, les représentants de la classe des mammifères portaient, mâles et femelles, des seins pour allaiter leurs petits. »

Pour conbattre cette théorie on a invoqué surtout l'extraordinaire irrégularité de siége des mamelons accessoires. Or, c'est précisément le mérite de Leichtenstern d'avoir démontré que ce siége n'était pas aussi variable qu'on paraît le croire, vu que dans 91 0/0 des cas, il était à la partie antérieure du thorax.

Le mémoire se termine pas un index bibliographique très-complet : une planche reproduit les types les mieux connus de polythélie et de polymastie. C. Z.

Baptiste et Jacques Tocci ; Examen d'un monstre sysésomien, par COLRAT et REBATEL (*Lyon médical*, 20 *octobre* 1878).

Voici le résumé de la description fort intéressante que les auteurs onnent de ce monstre, né en Italie à Loccana en 1877.

C'est un enfant âgé de 12 mois et demi, présentant deux têtes, quatre membres supérieurs, deux thorax, un abdomen, un pénis, deux testicules, un anus et deux membres inférieurs. Le père, âgé de 32 ans, et la mère, âgée de 20 ans, sont parfaitement constitués et bien portants : il n'y avait pas eu de grossesse antérieure. D'après le dire de la sage-femme, il n'y aurait eu qu'un placenta et un cordon ; l'accouchement fut simple. Les deux têtes, les deux cous et les deux troncs dans leur partie supérieure sont absolument distincts ; à partir d'une ligne qui passerait par les insertions du diaphragme, le corps vu par sa face antérieure présente l'aspect d'une seule personne. En arrière on constate deux rainures dorsales aboutissant à deux rainures interfessières : il y a quatre fesses dont les deux internes se confondent sur la ligne médiane. L'anus est unique.

Le point de jonction du squelette a lieu à la base de la poitrine ; les deux sternums se réunissent au niveau de la sixième côte sous un angle très-ouvert. Les côtes sont normales comme nombre. Les colonnes vertébrales sont distinctes dans toute leur étendue.

Ces jumeaux sont en parfait état de santé : il y a chez eux indépendance absolue des deux centres céphaliques, l'un peut dormir pendant que l'autre joue ; il y a également indépendance des fonctions respiratoires. Enfin on peut constater par l'auscultation la présence de deux cœurs sous le sein gauche de chaque sujet ; les pulsations sont égales comme nombre.

La palpation et la percussion de l'abdomen ne font rien connaître de la disposition des organes digestifs : il est à peu près certain cependant qu'ils sont doubles. Mosso, qui les a examinés en Italie a vu un des enfants vomir pendant que l'autre restait calme ; de plus la défécation se fait séparément pour chaque enfant. Les deux tubes digestifs se sépareraient donc à une certaine hauteur de l'orifice anal pour devenir distincts.

L'étude des fonctions nerveuses, déjà étudiée par Fubini et Mosso, autant que cette étude était compatible avec l'âge des jumeaux, a démontré que chaque membre inférieur dépend de la tête du côté correspondant. En chatouillant la plante d'un pied, la tête du côté homologue donne seule signe de sensibilité.

Ce monstre répond donc, d'après ces signes, à ces xiphodymes, genre sysésomiens (Geoffroy Saint-Hilaire) ou aux dicéphales, variété tétrabrachiale de Förster. A. CARTAZ.

Ein Fall von Milzechinococcus mit diagnostischen Bemerkungen (Observation d'hydatides de la rate), par A. KÜHN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 43, *p.* 630, 22 *octobre* 1877).

En dehors de la rareté relative des échinocoques spléniques, cette observation présente d'autres particularités intéressantes, telles que l'existence d'hématuries, un symptôme regardé comme pathognomonique des affections rénales.

Détenu âgé de 57 ans. Il y a une vingtaine d'années déjà, il aurait ressenti par intervalles des douleurs dans la lombe gauche; 6 ou 8 ans plus tard il remarqua pour la première fois la présence d'une tumeur au côté gauche de son abdomen. A la Charité, où il fut traité alors, on aurait rattaché cette tumeur splénique à des fièvres paludéennes que le malade avait eues précédemment. Durant les années suivantes, la tumeur grossit lentement ; enfin depuis 8 ans, elle serait restée stationnaire. Jamais le sujet n'en a été sérieusement incommodé, sauf à la suite des fatigues qui amenaient quelques douleurs lancinantes dans l'hypochondre et un sentiment d'oppression. Il y a 8 ans, première attaque d'hématurie après des excès d'eau-de-vie; la miction sanglante persista plusieurs jours et s'accompagna d'un peu de dysurie. Retour de l'hématurie pour la seconde fois, il y a un an; elle fut plus abondante. Depuis cette époque, chaque fois que le patient buvait de l'eau-de-vie, ses urines renfermaient du sang.

État du malade le 25 août 1875 : Extérieur anémié, teinte jaunâtre, cachectique des téguments. Râles disséminés. Cœur un peu refoulé vers la ligne médiane. Abdomen volumineux, plus particulièrement dans sa moitié gauche. Veines sous-cutanées à peine visibles. La tumeur soulève le rebord costal et s'étend jusque dans l'aine; ses bords antérieur et inférieur sont faciles à délimiter par la palpation. En arrière elle n'atteint pas le rachis ; en avant et en haut, elle arrive jusqu'au milieu du scrobicule. Elle est peu

mobile, très-dure, et ne présente qu'une seule nodosité du volume d'un œuf de pigeon, à la hauteur de l'ombilic. Elle n'offre ni fluctuation, ni rémitence élastique, ni frémissement hydatique. Le foie est repoussé en arrière et en haut. Le sang est absolument normal au microscope. Les urines, les jours suivants, présentent des caractères variables, suivant qu'elles renferment ou non du sang et de l'albumine dont les quantités diffèrent d'ailleurs d'un examen à l'autre. A la fin de septembre, amélioration assez marquée pour que le sujet quitte l'infirmerie. Il y rentre le 21 janvier 1876, après avoir eu la nuit précédente une attaque de vertige. Le lendemain, dans l'après-midi, il est pris d'un violent frisson (40°) avec dyspnée intense et collapsus considérable. Il accuse ensuite des élancements dans l'abdomen et offre tous les symptômes d'une péritonite généralisée, à marche traînante. Le 23, 24, 25, et 30 janvier nouveaux frissons, suivis de sueurs et accompagnés d'élévation de la température. Le 10 février, mort dans le collapsus.

Autopsie. — Cœur gauche légèrement hypertrophié. Myocarde friable, brun clair avec stries jaunâtres sur les trabécules et les muscles papillaires. Dans le cœur droit, caillots lardacés très-adhérents, imbibés de sang. Rétrécissement faible de l'orifice aortique. Ganglions bronchiques volumineux et infiltrés de sérosité. Anciennes adhérences presque générales des deux poumons. Traces de pleurésie exsudative récente. Œdème considérable des poumons. Épanchement péritonéal d'environ 4 litres d'un liquide brun clair, sanguinolent, dans lequel nagent quelques flocons fibrineux qu'on retrouve aussi sur les divers viscères. La tumeur, énorme, adhère en avant à la paroi abdominale, en haut au diaphragme, à droite à l'estomac, au foie, au grand épiploon et au côlon transverse ; en arrière, au pancréas et au rein gauche. Ces dernières adhérences crient sous le scalpel. A la face antérieure de la tumeur, se voit la rate dont les limites se confondent insensiblement avec le tissu de la masse morbide; elle a environ 22 centimètres de long sur 11 de large, et est bilobée. Les vaisseaux du hile ne sont pas dilatés. Dans leur voisinage, se trouve une rate supplémentaire de la grosseur d'une cerise.

La tumeur retirée de l'abdomen a une forme ovoïde, 37 centimètres de longueur et 19 de largeur et constitue une vessie distendue par du liquide. Elle pèse 11 livres 1/2 et a pris naissance aux dépens de la rate. A l'incision il en sort des centaines de vésicules hydatiques dont les dimensions varient entre celles d'un pois et celles d'un œuf de pigeon.

Parenchyme splénique brun foncé, onctueux. Reins très-graisseux, de volume normal; leur capsule est lisse et s'enlève difficilement sans entraîner des parcelles de substance corticale. La surface externe des reins est parsemée d'innombrables points dont les plus considérables ont la grosseur de graines de pavot. Au microscope, on reconnaît que cette ponctuation tient à de l'hématoïdine. Estomac contracté et ardoisé de même que le duodénum. Foie anémié et ne présentant d'autre altération que plusieurs petits abcès lenticulaires au voisinage de son bord antérieur (abcès métastatiques). J. B.

Case of Abscess of Spleen, with perforation of large intestine (Cas d'abcès de la rate avec perforation du gros intestin), par G.-E. BROWN (*Path. Trans of the Chicago med. Soc.; Chicago med. Journ. and Exam.*, *p.* 15, *janv.* 1878).

Madame J... était âgée de 31 ans; son père était mort phthisique. A l'âge de 12 ans elle eut la fièvre typhoïde et depuis ce moment conserva une teinte ictérique de la peau, une douleur constante au niveau de la rate, avec exacerbations de temps à autre. Elle s'établit à Chicago en 1873 et à partir de ce moment se plaignit de frissons, revenant d'abord tous les deux jours, plus tard irrégulièrement. Au mois de juin 1877 elle accoucha de son premier en-

fant ; le placenta fut retenu pendant quatre jours et la malade perdit beaucoup de sang. Elle consulta l'auteur pour la première fois au mois de septembre suivant. Elle était très-anémique, très-faible, maigre; sa peau présentait une coloration jaunâtre, cachectique ; la rate était hypertrophiée. Son état empira rapidement ; elle se plaignit de frissons répétés, de fièvre, de sueurs nocturnes profuses. Le 3 octobre, l'hypertrophie de la rate disparut subitement ; et la malade perdit en quatre fois une grande quantité de sang par le rectum. Quelques jours plus tard elle eut de la diarrhée, les garde-robes étaient constituées en grande partie par du pus. La malade succomba le 15 octobre.

Autopsie. — Adhérences pleurales étendues à gauche ; épaississement de la plèvre ; cavité pleurale remplie de liquide jaunâtre ; congestion du lobe inférieur du poumon droit.

Cavité abdominale. Une petite quantité de sérosité dans le sac péritonéal. Le côlon descendant était attaché à la rate par des brides péritonéales. La rate était complétement désorganisée, criblée de cavités de volume variable et remplies d'un liquide purulent, grisâtre ; les parois de ces cavités contenaient des dépôts crétacés. Au point où la rate et le côlon descendant étaient adhérents, existait une perforation, par laquelle le pus contenu dans les cavités de la rate pouvait s'écouler dans le gros intestin. Le foie était hypertrophié. *Aucune* de ces lésions n'avait été soupçonnée pendant la vie.

J. B. H.

Drei Fälle pleuro-perforativer Peritonitis nebst Bemerkungen über Subperitonitis und Pleuro-perforation (Trois cas de péritonite suivie de perforation dans la plèvre, avec remarques sur l'inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal et la perforation de la plèvre), par LANGER (*Archiv der Heilkunde, t. XIX, Heft* 3, *p.* 246, 1878).

Après avoir rappelé les conditions d'adhérences que présente le péritoine avec les parties sous-jacentes dans les différents points de la cavité abdominale, l'auteur rapporte trois cas de péritonite différant par l'étiologie et les phénomènes du début.

Néanmoins, dans les trois cas, la péritonite aboutit à la perforation dans la cavité pleurale, ce qui démontre que le tissu cellulaire sous-péritonéal présente une disposition bien déterminée qui règle la marche des exsudats déposés dans les mailles de ce tissu à la face externe de la séreuse.

Dans le premier cas, il s'agit d'une petite fille robuste, âgée de 10 ans, qui avait reçu un coup violent dans la région de l'hypogastre à droite. Le traumatisme provoqua une inflammation suppurative du tissu cellulaire rétro-cœcal, qui envahit peu à peu les deux feuillets du méso-cœcum. Il en résulta des adhérences du cœcum et de la première portion du côlon ascendant, qui enkystèrent le foyer purulent. Les dimensions du kyste s'accrurent peu à peu. En bas, le foyer purulent envahit le petit bassin ; supérieurement, il provoqua, par contiguïté, une inflammation suppurative du tissu cellulaire du méso-côlon et d'une partie du mésentère, en donnant lieu à quelques abcès plus ou moins isolés. Entre la première portion du duodénum et le rein droit d'une part, le côlon transverse et la face inférieure du lobe droit du foie de l'autre, se trouvait un vaste foyer purulent qui s'étendait ensuite entre le diaphragme et foie refoulé en bas. Ce foyer communiquait, par l'intermédiaire de deux perforations, avec la cavité pleurale; ainsi

s'était développé un pyopneumothorax. Le poumon n'était que très-peu comprimé, ce qui semble démontrer que le pus n'avait séjourné que fort peu de temps dans la plèvre. La péritonite avait été méconnue du vivant de la malade; celle-ci, loin de garder le lit, allait et venait, ce qui favorisa la propagation du travail inflammatoire loin de son origine dans le voisinage du cœcum. La mort surprit la patiente alors qu'elle était assise sur une chaise, et la terminaison fatale fut provoquée sans doute par l'irruption subite, dans la cavité pleurale, d'une grande quantité de pus.

Dans le second cas, la péritonite ne fut également reconnue qu'à l'autopsie, quoique pendant toute la durée de la maladie l'abdomen fût extrêmement sensible au toucher. Il s'agit d'un jeune homme de 26 ans, affecté d'une lésion du cervelet, et qui, à la suite d'une chute qu'il fit dans sa chambre, fut pris de vomissements rebelles. En même temps, il présentait tous les symptômes d'un épanchement pleural à gauche.

A l'autopsie, on découvrit les restes d'une inflammation purulente du tissu cellulaire qui tapisse le côlon descendant, du psoas-iliaque et du tissu cellulo-adipeux qui entoure le rein. Le foyer de suppuration se propageait supérieurement entre l'estomac et la rate jusqu'au diaphragme qui était perforé. Exsudat hémorrhagique dans la plèvre droite; pleurésie fibrineuse de la base, de ce même côté, avec gangrène pulmonaire commençante.

Dans le troisième cas, le point de départ des accidents fut la perforation de l'estomac occasionnée par un ulcère rond du duodénum. L'estomac avait contracté des adhérences avec tous les organes environnants, de telle sorte que le contenu de l'estomac fut déversé dans une cavité sous-diaphragmatique de peu d'étendue.

L'inflammation suppurative qui s'ensuivit entraîna la perforation du diaphragme. Mais antérieurement à la perforation, il s'était développé, par contiguïté, une pleurésie suppurée à gauche, comme on avait pu s'en convaincre en pratiquant une ponction exploratrice.

La malade succomba dans le collapsus, au moment de l'irruption du contenu du foyer purulent sous-diaphragmatique dans la cavité pleurale.

L'erreur de diagnostic commise dans les premiers cas montre combien il est nécessaire d'examiner avec le plus grand soin l'état des organes abdominaux, lorsqu'on se trouve en présence d'une pleurésie ou mieux d'une affection thoracique douloureuse quelconque. que celle-ci reconnaisse ou non pour cause un traumatisme.

Après avoir établi que le traumatisme provoque avec une très-grande facilité l'inflammation du tissu cellulaire qui tapisse le péritoine, l'auteur passe en revue les différentes circonstances qui favorisent la perforation du diaphragme et l'irruption dans la plèvre des exsudats purulents qui qui ont pris naissance dans le tissu sous-péritonéal. F. LABADIE-LAGRAVE.

Ein Fall von acuter haemorrhagischer Pancreatitis, par HILTY (de St-Gall), (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte, n° 22, p. 666, 15 novembre 1877*).

Ouvrier mécanicien, âgé de 30 ans, remarquable par le développement de ses tissus musculaire et adipeux. Adonné aux boissons spiritueuses. Aucune maladie antérieure.

Depuis quelques années il a parfois des palpitations et de l'oppression.

Le 10 juillet, il est pris d'une anxiété intense et d'une sensation de gonflement tel qu'il lui semble qu'il va éclater. Il réclame son admission à l'hôpital. Dans les derniers temps il était très-bien portant et a travaillé régulière-

ment. La veille au soir il avait bu une assez grande quantité de bière, sans s'en trouver incommodé la nuit suivante.

Ni ictère, ni cyanose, ni élévation de la température, ni œdème. Refroidissement des extrémités : sueurs frontales froides. Regard anxieux. Agitation qui l'empêche de rester en place, intelligence nette. Pouls accéléré, petit, à peine perceptible. Matité cardiaque étendue; bruits du cœur étouffés, un peu éloignés, sans bruit anormal. Impulsion cardiaque faible, rapide, régulière. Angoisse précordiale extrême. Respiration costale, accélérée, laborieuse, aidée par les muscles accessoires. Percussion et auscultation des poumons normales. Ballonnement considérable borné à l'épigastre. Tympanisme et sensibilité exagérée de l'abdomen. La dernière selle, un peu dure, a eu lieu le matin même. Pas de vomissements mais nausées incessantes. Langue humide. Urine normale, même à l'examen microscopique.

Un émétique détermine d'abondants vomissements muco-bilieux et soulage le patient.

Le 11 juillet au matin : une garde-robe spontanée, abondante, molle et de coloration naturelle. Statu quo des phénomènes locaux et généraux.

Une forte dose d'opium atténue pendant deux heures l'agitation du malade qui ne fait que se promener ou se remuer dans son lit. Vers 9 heures, la période de calme cesse brusquement, l'intelligence se trouble, le délire devient furibond et le patient cherche à fuir. Collapsus subit et mort.

Autopsie 14 heures après le décès : surcharge graisseuse de tous les viscères. Ni épanchement abdominal ni péritonite. Distension considérable des intestins, surtout des colons. Tube gastro-intestinal d'ailleurs parfaitement sain.

Infiltration sanguine énorme dans le tissu cellulaire péri-pancréatique.

Pancréas ayant le double de son volume ordinaire, de consistance dure et de coloration violet foncé. A l'incision, les acini ont la même teinte et de leurs intervalles il s'échappe une grande quantité de sérosité sanguinolente. Vers la tête de la glande, on trouve entre les lobules glandulaires un grand nombre d'extravasats sanguins dont les dimensions varient entre un grain de mil et un noyau de cerise. Infiltration hémorrhagique de tout le tissu interacineux. Pas de dilatation du canal de Wirsung. En revanche la veine rénale qui court le long du bord inférieur du pancréas est très-distendue et remplie de caillots.

Rate et reins congestionnés, mais non volumineux. Dilatation médiocre de l'estomac dont la muqueuse est un peu épaissie, tuméfiée et grisâtre. Quelques ecchymoses et érosions superficielles à la portion inférieure de l'œsophage et autour du cardia. Hypertrophie et dégénérescence graisseuse avancée du foie. Poumons sains, à part un peu d'œdème et d'hypostase dans les régions déclives. Cœur volumineux surtout dans sa moitié gauche; beaucoup de graisse dans les sillons de sa surface. Myocarde flasque, un peu adipeux. Valvules intactes. Sang abondant, fluide, rouge cerise dans le cœur et les gros vaisseaux. Crâne fort épais, très-adhérent à la dure-mère. Nombreuses granulations de Pacchioni. Injection modérée des vaisseaux de la pie-mère. Substance cérébrale ferme, présentant un riche pointillé sanguin. Sérosité claire en faible quantité dans les ventricules. (Voy. *R. S. M.*, VII, 173.) J. B.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Du dosage de l'hémoglobine.

I. — **Die Anwendung des Spectralapparates zur Photometrie der Absorptionspectren und zur quantitativen chemischen Analyse (De l'emploi du spectroscope pour la photométrie des spectres d'absorption et pour l'analyse chimique quantitative), par Karl VIERORDT** (*Tubingue*, 1871 *et* 1873).

II. — **Vergleichende Bestimmungen des Farbstoffsgehaltes im Blut der Wirbelthiere (Mensurations comparatives de la matière colorante du sang chez les vertébrés), par KORNILOFF** (*Zeitschr. f. Biologie, Bd. XII, Heft* 4, *p.* 515).

III. — **Zur Frage über die quantitative Bestimmung des Hemoglobingehaltes im Blut (Sur la question du dosage de l'hémoglobine dans le sang), par RAJEWSKY** (*Arch f. die gesammte Physiologie, Bd XII, p.* 70, 1876).

IV. — **Om Forkoldet imellem Blodlegemernes Antat og Blodets Farvekraft (Du rapport entre la quantité des globules rouges du sang et le degré de coloration de ce liquide), par J. Worm MÜLLER** (*Arch. f. Mathematik og Naturvidensk.*, 1876).

V. — **Ueber die Vertheilung der rothen Blutscheiben im Blutstrome (Sur la distribution des globules rouges du sang dans le courant circulatoire), par L. LESSER** (*Arch. f. Anat. u. Phys., pp.* 41-109, 1878).

VI. — **Recherches sur la quantité et la capacité respiratoire du sang par la méthode colorimétrique, par JOLYET et LAFFONT** (*Soc. de biol.*, 24 *mars, et Gaz. méd., p.* 349, 1877).

VII. — **Des caractères anatomiques du sang dans les anémies, par G. HAYEM** (3 *notes in comptes rendus de l'Acad. des sciences, juillet* 1876). — **Recherches sur la coloration du sang, par le même** (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 4 *nov.* 1877). — **Du dosage de l'hémoglobine par le procédé des teintes coloriées, par le même** (*Arch. de phys. norm. et path., p.* 946, 1877). — **Des degrés d'anémie, par le même** (*Soc. méd. des hôpitaux, Union méd., avril* 1877). — **Recherches sur l'anatomie normale et patholog. du sang, par le même** (*Broch., Paris*, 1878).

VIII. — **Sur un nouveau colorimètre, par MALASSEZ** (*Soc. de biol., oct.* 1876 *et Gaz. méd.*). — **Sur les diverses méthodes de dosage de l'hémoglobine et sur un nouveau colorimètre, par le même** (*Arch. de phys. normale et path., p.* 1, 1877).

IX. — **Ein Apparat zur Blutfarbstoffbestimmung «Haemochromometer» (Hémochromomètre pour doser la matière colorante du sang), par H. QUINCKE** (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 32, *p.* 473, 1878).

Depuis quelques années la question du dosage de l'hémoglobine est l'objet de nombreuses recherches. Elle intéresse, d'ailleurs, autant les médecins que les physiologistes.

Ces derniers appliquent le dosage de cette substance à la détermination du pouvoir colorant et de la capacité respiratoire du sang des différentes espèces animales, à la recherche des modifications de constitution anatomique que le sang peut présenter dans les divers points de son parcours, à l'estimation de la masse totale du sang. Quant aux médecins, leur but principal a été d'arriver à doser d'une manière simple et pratique la quantité d'hémoglobine contenue dans le sang des malades, particulièrement des anémiques.

Mais tandis que dans les recherches de laboratoire, on peut disposer, en général (à moins qu'on opère sur des animaux très-petits), d'une quantité assez grande de sang, dans les examens cliniques, il faut de toute nécessité pouvoir se contenter de la petite quantité de sang fournie par une piqûre inoffensive.

Dans la plupart des travaux dont nous allons rendre compte, les auteurs se sont préoccupés de ces conditions pratiques et ont adopté des dispositifs permettant d'opérer avec une quantité insignifiante de sang. Nous ferons remarquer tout d'abord que les procédés chimiques ont été presque absolument abandonnés. On s'est adressé aux procédés chromométriques et on a non-seulement perfectionné et modifié les méthodes déjà connues, mais aussi proposé des moyens nouveaux plus ou moins ingénieux.

Welcker, en 1854 (*Vierteljahr.f. prakt. Heilk.*, XLIV, p. 11), après avoir perfectionné la méthode de Vierordt pour la numération des globules, avait cherché à substituer à cette opération laborieuse, le dosage de l'hémoglobine dans une unité de volume de sang. Il pensait que de la proportion d'hémoglobine il était facile de déduire le nombre des globules rouges, proposition qui n'est à peu près correcte que lorsqu'il s'agit du sang normal d'une seule et même espèce animale. Quoi qu'il en soit, il eut le mérite d'imaginer le dosage chromométrique de cette substance, soit à l'aide de solutions sanguines de valeur connue, soit à l'aide de taches de sang. Cet observateur a ainsi ouvert la voie à la plupart des recherches entreprises depuis sur cette question, recherches parmi lesquelles les plus connues et les plus importantes sont celles de Hoppe-Seyler, Preyer, Panum, Mantegazza.

On sait que dans le procédé de Preyer l'examen spectroscopique du sang intervient pour la première fois dans le dosage de l'hémoglobine. Les qualités chromométriques particulières des solutions sanguines examinées à l'aide de cet instrument d'optique paraissent être en rapport avec la proportion d'hémoglobine qu'elles contiennent. De là évidemment découle un procédé de dosage de cette substance. Mais ces qualités chromométriques sont complexes, et suivant la manière dont on les envisage, la méthode spectroscopique peut donner lieu à des procédés divers. C'est ainsi que Vierordt, dans une série de travaux récents, s'est efforcé d'imaginer un procédé spectroscopique qui diffère notablement de celui de Preyer, et qui, lui-même, a déjà été l'objet de plusieurs modifications.

Les données, sur lesquelles s'appuient Vierordt et ses élèves, sont-elles plus exactes que celles qui servent de base au procédé de Preyer?

Nous laisserons aux physiciens le soin de trancher cette question et nous recommanderons simplement à ceux qui voudront prendre con-

naissance des données du problème à résoudre, de recourir à la note que M. Govi a publiée, sur le photomètre analyseur, et à son travail plus récent intitulé : De la loi d'absorption des radiations à travers les corps et de son emploi dans l'analyse spectrale quantitative. (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 3 et 10 décembre 1877).

Nous croyons que c'est en appliquant les principes énoncés par cet habile physicien qu'on trouvera le procédé le plus exact pour faire le dosage quantitatif de l'hémoglobine par l'analyse spectrale. Mais en attendant que de nouveaux travaux soient faits dans cette direction, nous pensons que les essais de Vierordt sont très-dignes d'être signalés. Ils ont d'ailleurs d'autant plus d'importance pour les médecins qu'ils fournissent le moyen de doser l'hémoglobine à l'aide d'une quantité minimum de sang.

Toutefois, pendant que les physiciens et les physiologistes cherchent à obtenir une méthode parfaitement scientifique, les médecins ont imaginé des procédés plus simples, plus expéditifs, et en général, suffisamment exacts pour les besoins de la clinique.

Les recherches récentes de M. G. Hayem sur les altérations du sang dans les anémies ont prouvé surabondamment que les hématies sont des éléments extrêmement altérables et que, dans toutes les anémies, leur contenu en hémoglobine éprouve des variations très-grandes. La numération des globules du sang ne peut donner qu'une idée fort incomplète de la constitution anatomique de cette humeur. Il y faut joindre le dosage de l'hémoglobine et rapprocher du nombre des globules la dose de matière colorante contenue dans les éléments.

A côté de ces deux ordres de renseignements on doit encore placer, au point de vue anatomo-pathologique, les résultats fournis par l'examen direct du sang, car les hématies peuvent être anomales sans que leur contenu en hémoglobine soit sensiblement modifié.

L'étude du sang pathologique est donc plus complexe que ne le croyait Welcker, et le dosage de l'hémoglobine ne peut, en aucune façon, remplacer la numération des globules. Ces deux opérations doivent être faites concurremment, et nous croyons que M. Hayem les a rendues toutes deux d'une exécution facile et prompte.

Dans le procédé des teintes dont il se sert pour doser l'hémoglobine les solutions sanguines sont examinées par lumière réfléchie. Dans celui de M. Malassez les solutions de sang sont regardées par transparence et comparées à des solutions de picro-carminate d'ammoniaque, matière colorante dont Rajewsky paraît s'être servi le premier pour remplacer, dans la méthode de Hoppe-Seyler, la solution titrée d'hémoglobine.

Enfin M. Hayem a également eu l'idée d'appliquer au dosage de l'hémoglobine le colorimètre de Laurent et Duboscq, instrument ingénieux, employé particulièrement dans l'industrie des sucres. Mais il n'a pas tardé à abandonner ses essais, les résultats qu'il a obtenus ne lui ayant pas paru assez précis. MM. Jolyet et Laffont ont, au contraire, accordé leur confiance à ce petit appareil et ils l'ont fait fonctionner en se servant comme étalon d'un verre de couleur.

On le voit, les procédés ne manquent pas ; mais quels sont les plus exacts et les plus pratiques. Tous ont évidemment des défauts, mais

plusieurs de ces défauts sont imputables à la méthode chromométrique elle-même.

M. G. Hayem a signalé les nombreuses causes d'erreur auxquelles on s'expose en examinant à la lumière du jour une solution d'hémoglobine, et il a fait voir qu'elles ont plus d'importance lorsque le sang est examiné par transparence que lorsqu'il est vu par lumière réfléchie.

Les procédés spectroscopiques dans lesquels on fait intervenir une lumière artificielle ne présentent pas ces mêmes causes d'erreur, mais ils en offrent de nouvelles, leur appartenant en propre. Ainsi le procédé de Preyer, malgré sa supériorité, donne, en général, des résultats moins fidèles que le procédé d'Hoppe-Seyler.

Celui de Vierordt réalise-t-il un progrès sensible? Il est permis jusqu'à présent d'en douter, mais il nous paraît évident que c'est l'analyse spectrale quantitative qui fournira la solution la plus correcte du problème soulevé par le dosage de l'hémoglobine.

I. — Dans l'analyse spectrale ordinaire on ne tient compte que des raies anormales ou des différences de nuance des couleurs.

Toutes les couleurs spectrales ne présentent cependant point un degré d'intensité lumineux constant; tantôt elles sont plus claires et tantôt plus obscures.

La méthode de l'*analyse quantitative* au moyen du spectre est fondée sur une détermination rigoureuse des degrés d'intensité lumineuse propres à chaque couleur.

Les modifications faites par Vierordt au spectroscope ordinaire visent ce but. Elles consistent :

1° A remplacer l'échelle micrométrique par une bande lumineuse d'une intensité constante à laquelle on pourra comparer l'intensité de chaque couleur spectrale;

2° A disposer d'un moyen qui permet de diminuer selon les besoins de la recherche l'intensité des couleurs spectrales.

Lorsque l'on connaît la lumière normale, celle qui servira de terme de comparaison, on l'affaiblit avec des verres enfumés dont on a calculé préalablement le pouvoir absorbant, et on en ajoute jusqu'à ce que cette lumière cesse d'être perceptible dans le champ de la couleur spectrale que l'on veut examiner. Si dans ces conditions on a dû placer devant la lumière normale des verres enfumés dont les forces d'assombrissement sont égales à 1/2, on en conclut que l'intensité lumineuse de la couleur que l'on examine augmentée de l'intensité lumineuse que l'on a supprimée au moyen des verres, donne un total égal à l'intensité lumineuse de la source normale. Dans le cas actuel, cette intensité sera 1/2. Si maintenant nous plaçons une solution colorée dans l'hématinomètre, les degrés d'intensité lumineuse de chaque couleur du spectre obtenu dans ces conditions varieront suivant le degré de concentration de la solution. Il sera donc facile de dresser une table indiquant le degré d'intensité lumineuse des différentes zones du spectre pour des solutions contenant des doses différentes et connues d'hémoglobine.

Réciproquement, en déterminant l'intensité lumineuse des couleurs du spectre fournies par une solution d'hémoglobine dont on ne connaît pas le titre, on déterminera ce titre en recourant à la table précédente.

Voilà la méthode en principe ; pour la rendre exécutable, Vierordt a fait subir des modifications au spectroscope de Steinheil.

Nous avons dit que l'échelle micrométrique est remplacée par un appareil d'une construction assez simple qui permet d'amener un jet de lumière normale (Vierordt prend pour lumière normale celle de la flamme de pétrole) sur chaque zone du spectre, sur le rouge, sur le violet, sur le bleu, etc.

Nous avons dit également que pour établir la comparaison entre la lumière normale et celle de l'une des couleurs du spectre, on affaiblit la première au moyen de verres enfumés dont le pouvoir absorbant a été déterminé d'avance. On peut procéder autrement et affaiblir la lumière du spectre en laissant constante l'intensité de la lumière normale. Dans ce but, Vierordt a ajouté au tube par lequel entre la lumière qui traverse la solution à analyser, une vis qui permet de rétrécir ou d'élargir la fente d'entrée. Or l'intensité lumineuse des couleurs spectrales est inversement proportionnelle à la grandeur de la fente. On peut donc de cette manière arriver à faire disparaître complétement la différence qui existe entre l'intensité de la lumière normale et celle de la couleur examinée. Les rétrécissements de la fente sont produits au moyen d'une vis d'une longueur donnée, dont les déplacements sont indiqués par une aiguille mobile sur un cadran gradué. Inutile d'ajouter qu'il est indispensable de construire des tableaux sur lesquels sont notées d'avance les différences d'intensité lumineuse qui correspondent aux diverses modifications de largeur de la fente d'entrée.

Voyons maintenant comment cette méthode, que Vierordt a utilisée pour le dosage de différentes substances, est appliquée au dosage de l'hémoglobine.

La puissance colorante du sang étant très-considérable, il suffit de quantités très-minimes de ce liquide pour effectuer le dosage de sa matière colorante. Le sang est recueilli à l'aide d'une pipette analogue à celle dont Vierordt se sert pour la numération des globules et au moyen de laquelle on peut mesurer les plus petites quantités de sang. C'est un tube de verre à lumière très-fine, long de 14 centimètres, replié à angle droit et effilé à la lampe du côté de l'extrémité coudée.

On fait une piqûre à la peau avec une aiguille et il suffit de presser un peu autour pour obtenir une quantité de sang suffisante. Lorsque l'on place la pointe de la pipette à la surface de la gouttelette de sang, celui-ci s'élève en général jusqu'au coude. Si cependant ce phénomène ne se produisait pas, on pourrait exercer une certaine succion à l'extrémité du coude.

La pipette a, en général, un volume de 0007465^{cc}. Le contenu de la pipette est vidé dans un petit cylindre de verre contenant un volume déterminé d'eau distillée et le mélange est effectué, au moyen d'un tube capillaire de verre. La dissolution complète des globules se fait très-rapidement. Les solutions sanguines obtenues dans ces conditions ont des volumes insignifiants, de 4/5 jusqu'à 2^{cc}. Afin de pouvoir examiner ces solutions, Vierordt se sert de petites auges de verre dont les parois latérales ne sont éloignées que de 5^{mm}. La moitié inférieure de cette auge est remplie par une petite plaque de verre. La distance des verres plans parallèles est de 11^{mm}. L'épaisseur du verre plan formant la paroi infé-

rieure est de 10mm. On obtient ainsi devant la fente d'entrée une lame de liquide épaisse de 11mm. Un demi-centimètre cube de la solution suffit dans ces conditions à l'analyse.

La solution de sang à 1/200 montre 2 bandes d'absorption. On choisit pour faire le dosage la 2e bande, celle qui est dans le vert et qui est plus accentuée que la 1re bande. La proportion d'hémoglobine est calculée d'après le coefficient de l'extinction de l'intensité lumineuse dans cette bande.

D'après son mémoire de 1873, on voit que Vierordt a abandonné actuellement les verres enfumés, et qu'il y a substitué le rétrécissement progressif de la fente. Pour atteindre ce but, la plaque métallique qui limite un des bords de la fente est divisée horizontalement en deux parties vers le milieu de sa hauteur. Chaque moitié de cette paroi, une supérieure et une inférieure, est mobile et peut être éloignée ou rapprochée de la paro opposée au moyen d'une vis très-fine. Il en résulte qu'on peut obtenir rapidement et facilement, l'une au-dessus de l'autre, 2 fentes de largeurs inégales. En général la partie inférieure de la fente reste constante et d'une largeur de 2 millimètres divisée en 100 parties. La partie supérieure, au contraire, est mobile et les variations qu'on lui fait éprouver sont rapportées à la « *largeur fondamentale* » de la fente inférieure. Par la fente inférieure on fait passer le pinceau lumineux qui a traversé l'auge rempli de solution sanguine ; tandis que le faisceau de lumière normale traverse la partie mobile de la fente. Au fur et à mesure que l'on retrécit la fente, le spectre s'obscurcit, et on doit agir sur la fente jusqu'à ce que le vert du spectre soit aussi obscur que la bande d'absorption résultant de l'effet de l'hémoglobine sur le vert.

Les tables sont dressées d'après des solutions faites avec du sang normal. L'auteur ne paraît pas avoir compté les globules des échantillons de sang employé. Il n'a pas non plus, croyons-nous, comparé ces solutions dites normales avec des solutions titrées d'hémoglobine obtenue chimiquement. D'ailleurs Vierordt paraît jusqu'à présent s'être occupé surtout du procédé et de ses diverses applications. Il a fort peu étudié la question des variations physiologiques ou pathologiques de l'hémoglobine.

Ses élèves ont poursuivi et étendu ses recherches. Nous avons déjà indiqué brièvement les résultats obtenus par Wiskemann (*R. S. M.*, X, p. 39). Voici maintenant ceux qui ont été publiés par Korniloff.

II. — Les recherches ont été faites au moyen du spectroscope de Vierordt, à l'aide de solutions de sang au 100e ou au 200e. Les coefficients d'extinction pour la région du spectre correspondant à la deuxième bande d'absorption de l'hémoglobine peuvent être considérés comme proportionnels à la richesse du sang en hémoglobine, l'absorption de lumière y est toujours plus forte et par suite la sensibilité optique plus accusée, ainsi que cela résulte d'un grand nombre de recherches sur divers animaux.

Du reste le sang renferme plusieurs matières colorantes ; car les rapports des coefficients d'extinction pour les diverses régions du spectre ne sont pas les mêmes pour tous les animaux ; le bleu fait surtout exception, il doit donc exister d'autres pigments qui absorbent plus ou moins fortement la couleur bleue.

D'une manière générale, chez les vertébrés, la richesse du sang en hémoglobine va en croissant des espèces inférieures aux supérieures. Pour ne prendre que les animaux adultes, on arrive aux résultats suivants :

	Richesse en hémoglobine.
Poissons	0,3564
Amphibies	0,3889
Reptiles	0,4328
Oiseaux	0,7814
Mammifères	0,9366

L'âge des animaux n'est pas sans importance, surtout chez les oiseaux. Pour 100 chez les animaux jeunes on trouve 167 chez les oiseaux, 124 chez les animaux à sang froid, 120 chez les mammifères (en se servant des coefficients d'extinction de la 2e bande spectrale).

En général chez les animaux à sang froid, le sang mâle renferme plus d'hémoglobine : 0,4490 contre 0,3040.

Pour les animaux à sang chaud, Korniloff n'est arrivé qu'à des résultats contradictoires et encore incomplets. La moyenne générale obtenue est de 0,7505 pour les mâles, 0,6089 pour les femelles.

III.—L'auteur, ayant eu à sa disposition pendant l'hiver de 1875-76 des cristaux d'hémoglobine très-pure, eut l'idée de les utiliser pour faire des dosages de cette substance dans diverses espèces de sang et de comparer entre eux les résultats obtenus à l'aide des méthodes de Hoppe-Seyler et de Preyer. Il se servit de sang de bœuf et de sang de chien. Dans chaque expérience il prit 10 à 15 grammes qu'il divisa en trois parts inégales. Il dosa l'hémoglobine dans une première part et en pesant ensuite les deux autres, il eut le poids du sang ayant servi au premier dosage. Une autre portion servit à un second dosage et la différence trouvée entre les quantités obtenues dans ces deux essais, fut considérée par l'auteur comme l'erreur inhérente à ce genre de recherches.

Dans une première série d'expériences, Rajewsky employa la méthode de Hoppe-Seyler, et dans une seconde, la méthode spectroscopique de Preyer, en procédant dans les deux cas avec les précautions ci-dessus indiquées.

Avant de commencer le dosage, il était nécessaire de former une solution type d'hémoglobine ; l'auteur se servit d'une solution de 0,894 0/0 (suit un tableau indiquant les résultats trouvés dans 10 cas par les deux méthodes, Preyer et Hoppe-Seyler).

Des données renfermées dans ce tableau, ajoute Rajewsky, il découle clairement que la méthode de Hoppe-Seyler est la plus exacte, puisque la différence accusée dans deux dosages faits sur la même quantité de sang ne dépasse pas 0,42 0/0, tandis qu'avec la méthode de Preyer, elle s'est élevée jusqu'à 0,73. En outre, la méthode de Preyer renferme des causes d'erreur beaucoup plus nombreuses que celles de Hoppe-Seyler. L'œil de l'observateur se fatigue et ne saisit plus les nuances ; les conditions de l'observation changent suivant que l'œil s'éloigne ou se rapproche de l'oculaire. En outre, aussitôt que le vert apparaît dans le spectre de la solution on peut ajouter une certaine quantité d'eau sans modifier notablement les caractères du spectre, tandis que dans la mé-

thode colorimétrique, le plus léger changement de couleur est accusé, surtout si l'on a soin de placer l'hématimomètre sur un fond blanc.

La méthode chromométrique est donc de beaucoup préférable à l'autre, mais la difficulté d'obtenir des cristaux d'hémoglobine pure s'oppose à sa généralisation.

Pour remédier à cet inconvénient, Rajewsky a eu l'idée de remplacer la solution titrée d'hémoglobine par une solution de picro-carminate d'ammoniaque de même teinte.

Cette solution simulerait assez exactement une solution d'hémoglobine et elle pourrait se conserver très-longtemps dans des flacons bien bouchés.

Dans des expériences comparatives faites d'une part à l'aide de cristaux d'hémoglobine, d'autre part à l'aide de la solution au picro-carmin, les plus grandes différences entre plusieurs analyses d'un même sang n'ont pas dépassé 0,44 0/0.

Cela veut-il dire que cette modification du procédé d'Hoppe-Seyler permet de doser l'hémoglobine à 0,44 0/0 près, ce qui serait un très-beau résultat. Evidemment non, cela veut dire simplement que les dosages successifs d'un même sang sont comparables à 0,44 0/0 près.

IV. — Le travail de Worm Müller a été entrepris dans le but de rechercher le rapport qui existe entre le nombre des globules et le degré de coloration du sang. Pour faire la numération des globules, il s'est servi du capillaire de M. Malassez, et pour le dosage de l'hémoglobine il a employé le procédé d'Hoppe-Seyler modifié par Panum.

Comme hématinomètres on se sert de deux ou plusieurs caisses à parois planes dont les côtés parallèles ont 15 centimètres de haut et 10 de large. Ces grands récipients disposés comme dans le procédé d'Hoppe-Seyler sont remplis à l'aide d'une solution (1/2 litre par exemple) de sel de cuisine ou de sel de Glauber, et on ajoute à ce liquide, en prenant certaines précautions, une certaine portion du sang recueilli, puis on cherche à obtenir avec un autre sang une solution colorée semblable, en ajoutant le sang peu à peu. L'auteur estime à 0,75 ou 1 0/0 les erreurs personnelles imputables à ce procédé. Il ne dit rien des autres causes d'erreurs et ne cherche pas à en apprécier l'importance.

Cependant il recommande lorsqu'on veut doser le sang de plusieurs individus, de procéder de la manière suivante :

Suposons qu'on veuille examiner, par exemple, le sang de 5 chiens : A, B, C, D, E. Il ne faudra pas se borner à comparer le sang A aux sangs B, C, D, E ; mais, en outre, établir une comparaison entre B et C, C et D.

Dans ces examens successifs les erreurs n'ont pas dépassé celles que l'on commet en faisant la numération des globules, et l'auteur en conclut que l'estimation du pouvoir colorant du sang pourrait remplacer la numération des globules.

Cependant dans des expériences comparatives dans lesquelles il a compté les globules et déterminé la proportion d'hémoglobine à l'aide de la méthode chromométrique Worm Müller est loin d'avoir trouvé des résultats concordants. Cela prouverait que la loi de Welcker, d'après laquelle le nombre des globules est toujours proportionnel à la quantité d'hémoglobine, n'est pas d'une exactitude absolue.

Cette conclusion est certainement prématurée, car de l'aveu même de l'auteur, les expériences, telles qu'il les a conduites, sont entachées de nombreuses causes d'erreur. La principale a consisté à faire la numération des globules à l'aide de sang défibriné.

D'après M. G. Hayem, lorsqu'on opère sur du sang normal non défibriné, le nombre des globules est très-sensiblement proportionnel à la proportion d'hémoglobine, et c'est là précisément ce qui donne de l'importance aux écarts qui existent entre ces deux valeurs lorsqu'on examine un sang pathologique.

V. — Pour les nombreux dosages qu'il a effectués, l'auteur s'est servi tantôt de l'analyse spectrale, tantôt de la méthode d'Hoppe-Seyler.

1° *Analyse spectrale.* — L'une des deux raies spectrales de l'hémoglobine oxygénée recouvre d'autant plus la ligne D du chlorure de sodium que la solution est plus concentrée. Réciproquement les derniers vestiges des raies de l'hémoglobine s'éloignent d'autant plus de la ligne D que la solution est plus diluée. Pour une solution donnée d'hémoglobine, la position de la raie de cette substance passant sur la ligne D et sur le rouge, aura donc une clarté et une largeur déterminées et constantes.

Pour opérer, on choisit un hématinomètre dont les parois sont distantes l'une de l'autre de 1 centimètre, les solutions les meilleures sont celles de 0,4 à 0,6 0/0. La raie de l'hémoglobine se trouve alors au voisinage de la ligne D. On se place dans une chambre noire et l'on a soin de remuer les solutions sanguines avec un agitateur de verre. On doit prendre, comme solution d'épreuve, un liquide peu chargé d'hémoglobine et l'on fait le calcul d'après la distance de la raie d'absorption à la ligne du sel marin. Les solutions du sang à doser sont diluées peu à peu jusqu'à ce qu'elles soient au même titre que la solution d'épreuve. Pour cela, on ajoute peu à peu de l'eau au sang à analyser.

Il est nécessaire, pour éviter une grande erreur, d'affaiblir la dilution jusqu'à ce qu'on soit sur le point de dépasser la limite de la compensation des couleurs.

Cela posé, pour faire la comparaison entre deux solutions, il faut que leurs spectres soient projetés l'un sur l'autre. Pour y parvenir on place en avant de la fente du spectroscope un prisme à réflexion totale.

Une flamme de sel marin, un hématinomètre et un miroir plan sont placés directement en avant de la fente ; une autre flamme de sel marin, un hématinomètre et un deuxième miroir plan sont placés dans un plan perpendiculaire au premier. On devra, de plus, disposer les deux flammes de pétrole que l'on emploie de manière à ce que les deux spectres obtenus aient le même degré de clarté.

2° *Méthode chromométrique.* — Les deux hématinomètres sont placés en face d'une fenêtre sur une table en laque noire, tandis qu'un écran noir est placé en arrière. Dans la partie inférieure de l'écran se trouve une tache blanche ou mieux encore une plaque de verre dépoli qui peut être élevée ou abaissée au moyen d'une crémaillière. Le calcul se fait d'après la proportion d'eau ajoutée pour égaliser la coloration.

Pour ce qui est des autres détails techniques, il faudra avoir recours au mémoire original.

Quant aux conclusions de l'auteur, on peut les formuler à peu près ainsi :

1° La quantité d'hémoglobine contenue dans le sang du cœur, de l'aorte et de ses branches, des veines (caves, porte) et autres vaisseaux, est au même moment et dans les mêmes conditions expérimentales très-sensiblement identique;

2° Quand le courant artériel devient plus lent, et plus rapide, quand la résistance périphérique augmente, quand le rhythme cardiaque se modifie, il n'y a aucun changement dans la quantité de l'hémoglobine artérielle. Dans un tronçon d'artère liée, et dans une artère saine, il n'y a pas non plus de variations globulaires;

3° Les variations de l'hémoglobine contenue dans le courant sanguin dépendent des changements de pression dans le système circulatoire, qui ralentissent ou augmentent l'afflux du sang dans le ventricule droit;

4° L'hémorrhagie, l'immobilité des animaux attachés, la section de la moelle, la ligature de la veine porte, diminuent l'hémoglobine; au contraire, le spasme des nerfs vaso-moteurs agissant sur les vaisseaux, l'excitation de la moelle, et la suppression d'une région circulatoire dont le sang est poussé dans la circulation générale, augmentent la quantité d'hémoglobine;

5° Les hémorrhagies n'agissent pas sur la masse d'hémoglobine proportionnellement à la quantité de sang perdu par l'animal, mais selon la diminution de pression. Si la perte de sang est peu considérable, il n'y a pas de modification appréciable : quelquefois même la quantité d'hémoglobine s'accroît; mais si au contraire l'hémorrhagie est telle que la mort de l'animal est inévitable, alors la quantité d'hémoglobine décroît subitement, comme la pression, et continue à décroître jusque à un certain minimum incompatible avec la vie. Il y a donc une sorte de limite jusqu'où l'hémorrhagie peut se faire sans altérer la constitution du sang; mais cette limite étant atteinte, la quantité de globules rouges s'abaisse tout de suite. Il est probable que cette limite varie avec la rapidité même de l'hémorrhagie, et que le spasme artériel (déterminé par les vaso-moteurs que l'anémie excite) a une influence très-marquée;

6° Chez des animaux attachés horizontalement, la proportion d'hémoglobine décroît, oscille, et finalement décroît presque autant qu'après des hémorrhagies abondantes;

7° La section ou l'excitation de la moelle épinière montrent que la quantité d'hémoglobine contenue dans le sang dépend de la pression artérielle. Quelque temps après la section de la moelle, la pression artérielle ayant baissée considérablement, l'hémoglobine diminue aussi tout d'un coup, comme après une hémorrhagie abondante, et semble atteindre ainsi très-brusquement une limite minimum incompatible avec la vie;

8° La ligature de la veine porte fait baisser la proportion des globules rouges. Cependant il y a des variations individuelles encore assez mal explicables. Il semble toutefois que la quantité relative de globules rouges diminue plus vite que la pression. On doit tenir grand compte des voies anastomotiques qui, selon leur importance, rétablissent plus ou moins vite la circulation veineuse;

9° L'interruption temporaire de la circulation dans les extrémités inférieures (par la compression ou la ligature de l'aorte abdominale, par

exemple) n'a pas d'influence bien manifeste, si on supprime les excitations nerveuses périphériques que peut produire l'anémie.

En résumé on peut conclure de ce travail intéressant qu'il y a une relation entre la quantité d'hémoglobine et la pression du sang. Mais comme Lesser, lui-même, le remarque, la détermination précise de cette relation reste encore à faire.

VI. — Le procédé le plus exact pour déterminer la quantité de sang contenue dans le corps d'un animal, est celui de Welcker, qui consiste à prendre sur l'animal vivant une quantité déterminée de sang, qu'on défibrine, et dont on fait une dilution titrée. L'animal étant ensuite saigné à blanc, le sang est recueilli et mesuré. Puis on procède au lavage du corps de l'animal jusqu'à ce qu'on ait recueilli la totalité du reste du sang, ce que l'on reconnaît lorsque l'eau sort incolore. L'intensité de la couleur du liquide de lixiviation jaugée, comparée à celle du liquide titré, permet de reconnaître la quantité de sang qu'il contient.

Jolyet et Laffont se sont d'abord servis, pour la comparaison des solutions sanguines, des hématinomètres de Hoppe-Seyler, ainsi que de son petit appareil à défibriner le sang de la dilution titre. Ils ont bientôt reconnu que, pour amener la dilution titre à la même valeur de ton que le liquide de lavage, en y versant de l'eau goutte à goutte, au moyen d'une pipette graduée, on pouvait bien arriver au même degré de coloration des liquides des cuves, mais qu'il était impossible d'osciller autour de l'égalité pour se rendre compte des variations en plus ou en moins. Ils ont alors songé à employer un instrument usité dans l'industrie, le colorimètre de Laurent et Duboscq. Au moyen de cet appareil, on peut osciller autour de l'égalité des colorations, et comme l'écart, pour différentes personnes, ne varie pas au delà de quelques dixièmes de millimètre en épaisseur, les erreurs relatives à la quantité totale de sang ne dépassent jamais, chez les chiens par exemple, quelques centimètres cubes, erreur tout à fait négligeable, et chez les mammifères les plus petits, tels que les souris, quelques millimètres cubes.

Les mêmes auteurs se sont occupés de la détermination de la capacité respiratoire du sang par la méthode colorimétrique. Divers auteurs ont déjà cherché le rapport existant entre la capacité respiratoire du sang et sa coloration. Le procédé de Jolyet et Laffont diffère sous quelques rapports de ceux déjà employés ; ils ont utilisé le colorimètre de Laurent, et se sont servis, comme couleur étalon, d'un disque de verre coloré. D'après leurs recherches, pour une même espèce animale, il y a toujours concordance parfaite entre la coloration du sang et sa capacité respiratoire. Mais, les qualités de l'hémoglobine variant dans une certaine mesure suivant l'espèce, on ne peut conclure, sans expériences à l'appui, d'un animal à l'autre ou d'un animal à l'homme.

VII.—Lorsque M. Hayem commença à s'occuper des altérations du sang dans l'anémie on ne tenait compte dans les recherches cliniques que de la numération des globules (travaux de MM. Potain et Malassez). Dans une série de notes déjà analysées dans ce recueil (VIII, 522) il a montré qu'il était indispensable de rechercher les altérations des hématies, de calculer le volume moyen de ces éléments et de mesurer le rapport entre le nombre des globules et le pouvoir colorant du sang, c'est-à-dire de déterminer ainsi la moyenne du contenu des globules en hémoglobine.

Johann Duncan, il est vrai, avait déjà en 1867, fait un essai de ce genre. Il compara le sang de 3 chlorotiques à celui de 3 femmes saines, tant sous le rapport du pouvoir colorant que du nombre des hématies. Mais cet observateur se servit de sang extrait à l'aide de sangsues et ne fit le dénombrement que d'une manière très-approximative. M. Hayem a repris cette étude en se servant de nouveaux procédés et en étendant ce genre de recherches à toutes les variétés d'anémie. Pour faire le dosage de l'hémoglobine il se sert d'un procédé chromométrique qu'il a d'abord fait connaître en juillet 1876 et qu'il a depuis perfectionné.

L'auteur procède de la façon suivante : Il se sert d'une double cuvette de verre construite ainsi : deux anneaux de verre de même diamètre sont mis côte à côte sur une lame de verre, après avoir été usés au niveau des points tangents de façon à former deux petites cuvettes parfaitement semblables, séparées l'une de l'autre par une mince cloison. « Alors on met dans chacune de ces cuvette 500^{mmcc} d'eau ; dans l'une on ajoute une certaine quantité de sang à examiner, soit 4^{mmcc} par exemple, tandis que l'autre conserve son eau pure. En plaçant cette dernière au-dessus des teintes coloriées représentant des dilutions de sang de valeur connue, il est facile de trouver dans l'échelle des teintes celle qui correspond au mélange sanguin. Supposons que ce soit la teinte n° 7, c'est celle qui représente le mélange de 500^{mmcc} d'eau et de 14500000 globules sains. On a d'autre part fait la numération des globles du sang qu'on examine. Ce sang contient par exemple 4715000 globules. Comme on a pris 4^{mmcc} sang, on saura ainsi que 4715000 globules $\times$ 4, soit 18860000 globules donnent la même teinte que 14500000 globules sains. On en conclura que la valeur individuelle des globules du sang examiné sera

$$G = \frac{14\ 500}{18\ 860} = 0{,}77$$

et que la richesse globulaire de ce sang sera

$$R = 4715000 \times 0{,}77 = 3630550.$$

M. Hayem a remarqué que la couleur de l'hémoglobine varie avec l'état de l'atmosphère. Par un temps couvert, et toutes les fois qu'on a devant soi des nuages blancs ou gris, les dilutions de sang sont jaune-orangé-rouge ; quand le ciel est d'un bleu pur et la lumière vive, les dilutions sont jaune-orangé-jaune.

Il est donc indispensable de ne tenir compte que de la valeur des teintes et lorsqu'on veut éviter l'inconvénient de ces variations de ton, on se sert de deux échelles de teintes qui permettent d'obtenir des résultats très-précis quel que soit l'état du ciel.

Parmi les études que M. Hayem a entreprises à l'aide de ces procédés nous signalerons celle qui concerne l'action du fer (*R. S. M.*, IX, p. 116) et le travail publié avec M. Regnauld sur l'action du ferrocyanure de potassium (*R. S. M.*, XII, p. 503). Ses recherches sur les degrés d'anémie n'ayant pas été analysées, nous les résumerons ici brièvement.

Elles ont porté, tant sur les anémies dites spontanées, que sur celles qui se rattachent à un état constitutionnel de l'organisme : malaria, saturnisme, tuberculose. Il en a conclu que dans toutes les anémies chroni-

ques d'une certaine intensité, la diminution de la richesse globulaire du sang se traduit par un abaissement du pouvoir colorant, hors de proportion avec la diminution du chiffre des globules ; en d'autres termes, que dans toute anémie d'une certaine intensité, les hématies éprouvent des altérations qualitatives.

Les éléments d'appréciation des degrés d'anémie disposés par ordre d'importance sont: 1° la richesse du sang en hémoglobine exprimée en nombre de globules sains ; 2° les altérations des globules ; 3° le chiffre réel des globules fourni par la numération ; 4° la valeur individuelle des globules.

Les recherches de l'auteur lui ont permis d'admettre quatre degrés d'aglobulie :

1° L'aglobulie légère caractérisée par des altérations globulaires nulles ou faibles ; une richesse globulaire, exprimée en globules sains variant de 4 à 3 millions ; une valeur individuelle des globules variant de 1 à 0,70 (le globule sain étant pris pour unité);

2° L'aglobulie de moyenne intensité, caractérisée par des altérations globulaires prononcées, avec diminution des dimensions des globules, une richesse pouvant varier de 3 à 2 millions ; un nombre de globules de 5500000 à 3000000 ; une valeur individuelle des globules oscillant entre 0,30 et 0,80 ;

3° L'aglobulie intense, ayant également pour caractères des globules altérés, mais de dimensions très-inégales, dont la moyenne se rapproche de la normale à cause de la forte proportion des grands éléments ; une richesse globulaire variant de 2000000 à 800000; un nombre peu élevé de globules de 2800000 à 1000000 environ ; une valeur individuelle des globules variant de 0,40 à 1.

L'aglobulie extrême caractérisée par des globules altérés de dimensions très-inégales, mais dont la moyenne se rapproche de la normale, et peut même la dépasser; une richesse variant de 800000 à 450000; un nombre extrêmement faible de globules, inférieur quelquefois à celui qui exprime la richesse globulaire; une valeur individuelle se rapprochant de la normale.

VIII.— Pour faire le dosage de l'hémoglobine, M. Malassez se sert d'un procédé qu'il a fait connaître pour la première fois à la société de biologie (oct. 1876) et qu'il a décrit plus en détail dans les *Archives de physique* (1877, p. 1 et suiv.).

L'appareil auquel il a donné le nom d'*hémochromomètre* se compose essentiellement d'un petit réservoir à faces parallèles remplaçant l'ampoule d'un mélangeur Potain et contenant une dilution sanguine qu'on examine par transparence. La teinte du mélange est comparée à celle que donne un prisme rempli d'une sorte de gelée à la glycérine colorée à l'aide de picro-carminate d'ammoniaque.

Après avoir ménagé dans un écran noir deux trous de 5 millimètres de diamètre, peu distants l'un de l'autre, on a placé derrière l'un des trous (le gauche) le réservoir du mélangeur et derrière l'autre le prisme qui, mû par une crémaillère, présente successivement au niveau du trou des épaisseurs différentes. Un verre dépoli placé derrière le prisme et le réservoir sert à diffuser la lumière.

On doit chercher quelle est la position dans laquelle le prisme donne la même teinte que la dilution sanguine.

Les différents degrés de ce chromomètre correspondent aux teintes variables fournies par du sang de chien plus ou moins dilué.

M. Malassez a cru pouvoir traduire chacun de ces degrés en poids respectif d'hémoglobine.

Dans ce but, après avoir déterminé la capacité respiratoire du sang d'un chien qui mélangé au 100e, donnait un certain degré du chromomètre, il a calculé la quantité d'hémoglobine que devait théoriquement (d'après le vol. d'oxyg. absorbé) contenir un pareil sang, et un simple calcul de proportion lui a fourni la valeur des autres degrés de l'échelle.

Ce petit appareil nous paraît présenter des défauts assez nombreux dont les principaux ont été mis en évidence par M. Hayem.

La teinte du liquide coloré est toujours sensiblement plus jaune que celle du sang, et comme les deux couches liquides sont examinées par transparence, leur coloration est très-impressionnée par l'état du ciel, et cela, malgré l'interposition d'un verre dépoli. Ce défaut déjà très-prononcé lorsque les solutions sont examinées par lumière réfléchie est ici très-exagéré. De plus, l'examen par transparence est peu favorable à l'appréciation des teintes, et des nuances insensibles dans ces conditions deviendraient très-appréciables si les mêmes solutions étaient vues par lumière réfléchie.

Les surfaces colorées n'ayant que 5 millimètres de diamètre sont bien petites pour qu'on puisse en juger sûrement la teinte, et la séparation par un espace noir empêche de saisir des différences qui seraient sensibles si les deux surfaces colorées étaient contiguës. En outre, l'une des couches liquides, celle du sang, a toujours la même épaisseur, les valeurs variables qu'elle présente correspondent à une proportion plus ou moins grande de matière colorante, tandis que l'autre couche de liquide contenant une quantité de matière colorante invariable, ne change de valeur que suivant l'épaisseur sous laquelle elle est examinée.

Il en résulte que, lorsque l'intensité de l'éclairage varie, la même solution sanguine correspond à des épaisseurs différentes du prisme. Enfin le principe de la graduation est contestable.

IX. — Quincke a poursuivi le même but que MM. Hayem et Malassez. Son procédé nous paraît bien peu précis. Nous le décrirons cependant sommairement.

Dans une fente pratiquée dans un disque de carton, on fixe au moyen de bandes gommées 20 tubes de verre de 8 centimètres de long et distants l'un de l'autre d'une largeur égale à leur propre diamètre. Deux autres disques de carton pleins sont reliés au premier dans le sens des bords parallèles les plus longs à l'aide d'une articulation mobile de façon à pouvoir être disposés sur le premier à angle variable.

Les tubes fermés à la lampe à leurs deux extrémités contiennent une solution de picro-carminate dont la concentration et la teinte décroissent graduellement. Ils forment ainsi une échelle continue et peuvent être comparés avec un tube de verre de même calibre fixé également par des bandelettes sur la fente d'un autre disque qui peut être transporté sur l'échelle. La fente de ce dernier disque a des dimensions telles que, de chaque côté du tube, il reste assez d'espace pour qu'on aperçoive un des tubes de l'échelle.

On se place en face d'une fenêtre et l'on regarde à travers les tubes la surface du disque inférieur couverte de papier blanc bien éclairé, et l'on recherche dans l'échelle le tube dont la nuance correspond le mieux à l'échantillon de sang contenu dans le tube du petit disque mobile.

Les tubes sont tous des tubes de thermomètre à section circulaire et autant que possible de $0^{mm},5$ de diamètre ; ils doivent être tous exactement de même calibre et coupés sur un même tube. La solution de picro-carminate employée est préparée comme celle de M. Malassez, avec de la glycérine et de l'acide phénique. On la dilue en proportion définie pour obtenir les degrés de l'échelle.

Le tube d'essai porté par le disque mobile a une longueur de 10 à 14 centimètres ; il est muni à son extrémité inférieure d'un tube de caoutchouc et il est divisé sur toute sa longueur en parties égales. On aspire le sang à examiner dans le tube jusqu'à la 3e division par exemple, puis on aspire de l'ammoniaque diluée jusqu'à la 15e division et pour faire le mélange on souffle et on aspire alternativement jusqu'à ce que la teinte devienne uniforme. On transporte alors le tube sur l'échelle. Pour graduer l'appareil, Quincke a pris comme point de départ la teinte moyenne fournie par le sang normal d'après l'examen de 20 cas. Cet étalon ne répond ni à un poids connu d'hémoglobine, ni à un nombre déterminé de globules sains. L. THOMAS.

I. — Ueber artificielle Herzklappenfehler (Des lésions expérimentales des valvules du cœur), par O. ROSENBACH (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Bd. IX, Heft* 1 *et* 2, *p.* 1, 1878).

II. — Weitere Beiträge zur Enstehungsgeschichte der Endocarditis (Nouvelles contributions à l'étude du développement de l'endocardite), par KLEBS (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Bd. IX, Heft* 1 *et* 2, *p.* 52, 1878).

I. — L'auteur a entrepris d'étudier, sur des chiens et des lapins, les effets des lésions expérimentales de l'appareil valvulaire du cœur. Après un historique succinct des tentatives faites dans cette voie par Otto Becker, Cohnheim et Klebs, il expose le manuel opératoire qu'il a employé dans ses propres expériences. Sur la carotide droite mise à nu il applique une ligature, et, plus en amont de ce point, des pinces qui effacent le calibre de l'artère. Puis il sectionne cette dernière entre les deux points où elle se trouve comprimée et introduit, par le bout périphérique, une sonde jusqu'à ce qu'elle se heurte contre l'obstacle constitué par les valvules aortiques. En imprimant alors à la sonde un mouvement assez brusque, il parvient ou à perforer une de ces valvules ou à l'arracher de sa base d'insertion. L'examen du pouls et l'auscultation du cœur dénotent immédiatement l'existence d'une insuffisance aortique. Rosenbach retire ensuite la sonde, lie le bout central de l'artère, lave la plaie avec une solution antiseptique et en réunit les bords par des points de suture. Les animaux survivent en général à ces manipulations.

Pour pratiquer des lésions expérimentales des valvules mitrale et tricuspide, l'auteur se servait du valvulotome imaginé par Klebs. L'instrument est introduit dans la carotide ou la veine jugulaire du côté droit, suivant que l'expérimentateur veut léser la valvule auriculo-ventriculaire du cœur droit ou du cœur gauche.

Le but principal que poursuivait l'auteur en instituant ces expériences était d'étudier les effets de ces lésions valvulaires subites sur la pression sanguine, et le mécanisme des phénomènes de compensation.

Voici le résumé des résultats qu'il a obtenus.

Tout d'abord, Rosenbach a constaté que les lésions expérimentales les plus étendues de n'importe quelle valvule du cœur n'entraînent aucune modification appréciable de la pression sanguine; il en conclut que, dans les circonstances normales, le cœur tient en réserve une certaine quantité de force contractile latente qui est parfaitement à même de suffire aux besoins nouveaux créés par une exagération subite des résistances au cours du sang. Il en est encore de même dans les cas où, par l'introduction d'une sonde à demeure dans l'un des orifices du cœur, on crée de toutes pièces un rétrécissement de cet orifice.

Cette compensation, due à la mise en jeu d'une quantité notable de force contractile de la part du muscle cardiaque, persiste jusqu'à ce que celui-ci se soit hypertrophié. Chez un lapin qui, après l'expérience, présentait tous les signes d'une insuffisance aortique et qui fut sacrifié 6 semaines plus tard sans avoir jamais eu des troubles circulatoires dénotant une compensation insuffisante, l'autopsie confirma les prévisions de l'examen physique. Trois autres lapins qui présentaient manifestement les signes d'une lésion valvulaire du cœur, continuaient de vivre en parfaite santé, 8 semaines après l'opération décrite plus haut.

Au bout d'un certain temps la lésion valvulaire engendre une hypertrophie avec dilatation du cœur. Quelle est de ces deux altérations celle qui se développe en premier lieu ? D'après les faits observés par Rosenbach, ce serait la dilatation. Mais il ne s'agit pas là d'une dilatation purement passive d'un ventricule qui, obligé de loger une plus grande quantité de sang, conserve son volume anormal, même pendant la systole. Le ventricule situé en amont de la valvule lésée ne se laisse distendre que pendant la diastole. Pendant la systole, grâce au supplément de force contractile qu'il met en œuvre, ce ventricule reprend ses dimensions habituelles de telle sorte que la cavité qu'il circonscrit n'est nullement amplifiée. C'est donc une dilatation *relative* ou plutôt intermittente, qui précède l'hypertrophie du cœur, et que l'on ne pas doit confondre avec la dilatation absolue, constante, survenant dans le cours des affections chroniques du cœur, et qui est postérieure à l'hypertrophie.

Une autre question dont la solution a été poursuivie par l'auteur est celle de savoir si les lésions valvulaires expérimentales peuvent provoquer le développement d'une endocardite avec toutes ses conséquences.

A ce point de vue les faits qu'il a observés chez les animaux qui ont servi à ses expériences peuvent être rangés en trois groupes. Dans une première série de cas où l'expérience fut pratiquée avec une très-grande rapidité à l'aide d'un instrument très-propre, il n'y eut pas de réaction inflammatoire du côté de l'endocarde. Dans une seconde catégorie de cas où l'expérience fut pratiquée avec un instrument qui n'était porteur d'aucun produit septique, l'endocarde a été, dans une assez grande étendue, dépouillé de son revêtement endothélial. A ce niveau il s'est déposé des coagulums fibrineux absolument comme dans les cas de thrombose. Enfin dans une troisième catégorie de cas, Rosenbach a constaté la présence, au sein des végétations qui recouvraient les valvules du cœur,

des colonies de bactéries qu'on retrouva dans les infarctus des reins. Ce qui démontre encore qu'il s'agissait bien là d'un processus infectieux, c'est que, chez les animaux de cette troisième catégorie, on découvrit un nombre très-considérable de petits foyers hémorrhagiques disséminés dans divers organes tels que la plèvre, l'intestin, la vessie, la rétine.

L'auteur mentionne, à la fin de son travail, un certain nombre de particularités relatives aux développements des bruits morbides. Ainsi chez les chiens, contrairement à ce qui eut lieu chez les lapins, il arriva souvent que des lésions assez étendues de l'appareil valvulaire du cœur ne se traduisirent pendant la vie par aucun signe d'auscultation. Il en fut ainsi dans tous les cas de rétrécissement artificiel obtenu en introduisant une sonde dans l'un des orifices du cœur et dans ceux où les valvules de cet organe ne présentaient d'autres altérations que des dépôts fibrineux. Chez les chiens, l'existence d'altérations considérables des valvules aortiques se conciliait également avec l'absence de tout bruit morbide, ce que l'auteur attribue à l'obstruction de la déchirure valvulaire par des coagulums fibrineux.

Dans les cas où les lésions de l'insuffisance aortique s'accompagnaient de signes d'auscultation, ces signes étaient les mêmes que ceux perçus chez l'homme en pareilles circonstances. Quant au bruit systolique à la pointe qui, dans les cas d'insuffisance aortique, accompagne parfois le bruit diastolique de la base, Rosenbach croit devoir le rapporter à l'aplatissement et à la dégénérescence conjonctive des muscles papillaires qui s'insèrent à la valvule mitrale. Ces altérations, qu'il a retrouvées chez les animaux porteurs d'une insuffisance aortique artificielle, seraient la conséquence de la pression qu'exerce sur les cordages tendineux de la valvule mitrale la colonne de sang qui reflue dans le ventricule gauche pendant la diastole. Par suite, la valvule mitrale ne peut plus subir la tension nécessaire à la production d'un ton ou bruit normal ; c'est un souffle qui prend naissance.

Enfin Rosenbach a noté encore une dilatation énorme de l'aorte et des petits vaisseaux, qui compliquait, dans certains cas, l'insuffisance aortique. Selon lui, il existe un lien de causalité très-étroit entre cette complication et le développement subit de troubles circulatoires par défaut de compensation qu'on observe parfois chez l'homme. La dilatation permanente de l'aorte supprime en effet l'élasticité de ce vaisseau, qui soulage considérablement l'action du cœur.

II. — Dans ce long et important mémoire, Klebs fait un exposé complet de ses opinions sur la nature et la pathogénie de l'endocardite. Selon Klebs, il y a lieu d'admettre deux formes principales d'endocardite : la forme rhumatismale et la forme septique. Il admet d'ailleurs comme probable qu'on distinguera tôt ou tard un certain nombre d'autres formes secondaires, lépreuse, syphilitique, typhique, variolique, etc.

La forme septique débute par de légères élevures rougeâtres au niveau des bords libres des valves d'une même valvule. Ces rugosités, qu'on considère comme les points d'appel des dépôts fibrineux, ne constituent pas des lésions primitives. D'après les recherches de Klebs, il se dépose d'abord à la surface libre de la valvule qui va être le siége de l'endocardite septique, des amas de micrococcus qui se recouvrent à leur tour d'une couche de fibrine. Ce n'est qu'ultérieurement qu'entre en jeu l'activité cel-

lulaire pour donner naissance aux altérations anatomiques très-manifestes qui seules ont jusqu'ici attiré l'attention des anatomo-pathologistes. Comme dans les cas récents, on peut constater que les dépôts de micrococcus siégent à la surface libre de l'endocarde, Klebs croit devoir rejeter l'opinion de Koester qui veut que les lésions de l'endocardite soient consécutives à l'obstruction par les micro-organismes des petits vaisseaux de cette membrane.

L'évolution ultérieure de l'endocardite septique dépend des propriétés plus ou moins destructives des micrococcus qui sont venus s'implanter dans l'endocarde et de la durée du processus morbide. Les dépôts fibrineux peuvent occuper une assez grande étendue, mais ils n'acquièrent jamais un degré notable de consistance. Le plus souvent, par suite d'une multiplication active des micrococcus, ces dépôts tombent en détritus et donnent lieu à des embolies, en même temps que l'endocardite affecte la forme ulcéreuse. Klebs refuse d'allouer à cette forme septique de l'endocardite la dénomination de diphthéritique, car les lésions de l'endocarde ne présentent pas les caractères propres aux exsudats diphthéritiques tels qu'ils sont connus aujourd'hui.

La seconde forme de l'endocardite, la forme rhumatismale, reconnaît également pour cause première l'envahissement de l'endocarde par des organismes inférieurs. Au-dessous des coagulums fibrineux qui tapissent cette membrane au début, on trouve une couche parfois très-mince de micrococcus qui se distinguent de ceux de la forme septique par leur diamètre plus considérable (p. 5) et par la présence d'une masse gélatineuse qui forme une zone périphérique autour de chacun de ces micro-organismes; enfin ils n'ont pas la coloration brune des micrococcus de la forme septique. Klebs leur a donné le nom de *monadines*. La marche ultérieure de cette endocardite rhumatismale dépend de l'intensité de la réaction opposée par les tissus à cette immigration de micro-organismes. Lorsque ceux-ci restent à la surface et ne se multiplient pas en grand nombre, il ne se fait pas non plus de coagulations sanguines abondantes; souvent les caillots qui prennent naissance se dissolvent de nouveau, comme cela a lieu, suivant Panum, pour les caillots qu'on introduit dans le torrent circulatoire. Le plus souvent l'endocarde est le siége d'une réaction qui aboutit à la formation d'un tissu de granulations. Dans les cas favorables, ce tissu subit la transformation fibreuse; ainsi se trouve constituée l'endocardite hyperplastique ou végétante. Souvent, d'ailleurs la nature infectieuse de cette forme d'endocardite se trahit par la persistance des micro-organismes au sein de ces végétations ou par une immigration de nouvelles colonies de micrococcus. La conséquence pratique à tirer de ces faits, est que dans tous les cas d'endocardite récente il faut instituer un traitement antiseptique.

L'endocardite verruqueuse n'existe pas à l'état de forme distincte. Jamais Klebs n'a pu constater la présence sur l'endocarde d'excroissances présentant la même structure que les saillies verruqueuses de la peau et des muqueuses. D'ailleurs, les végétations de l'endocarde, qu'on a prises pour telles, ne sont pas susceptibles de subir des transformations progressives pour passer à l'état de papillome par exemple, comme il arrive pour les excroissances verruqueuses du larynx, de l'estomac, de l'utérus, etc. Cette prétendue endocardite verruqueuse n'a pas

non plus de caractères cliniques distincts. Les lésions qui lui sont propres, constituent tantôt les résidus d'une endocardite septique ayant subi des modifications secondaires, tantôt le stade initial de l'endocardite rhumatismale.

En somme, l'endocardite, suivant Klebs, serait toujours une maladie infectieuse. Dans la forme rhumatismale, comme dans la forme septique, les lésions de l'endocarde ne reconnaissent pas d'autre cause que l'immigration de micro-organismes qui, charriés par le sang, pénètrent dans cette membrane par sa surface libre. La démonstration de ce fait se trouve appuyée par la relation de 27 cas d'endocardite observés dans l'espace de deux ans, dans lesquels l'examen de la membrane interne du cœur a fourni des résultats absolument confirmatifs. Klebs ne manque pas d'ailleurs de faire remarquer que son opinion concorde parfaitement avec les faits notés par Rosenbach, dans le mémoire analysé plus haut. On a vu que, dans les expériences de Rosenbach, les lésions traumatiques des valvules du cœur ne provoquaient le développement de l'endocardite que lorsque des produits septiques étaient introduits du dehors.

Le micrococcus (*monadine*) qui est l'agent provocateur de l'endocardite rhumatismale, passe très-facilement dans les urines et communique à celle-ci une réaction acide. On peut donc très-facilement suivre la marche de cette infection spéciale dans l'intérieur du corps, et se rendre compte de l'efficacité des moyens employés pour la combattre, parmi lesquels le benzoate de soude est celui auquel Klebs alloue la plus grande valeur.

Dans une note additionnelle, Klebs fait remarquer que chez les tuberculeux l'infection septique et celle due à la présence des monadines donnent assez souvent lieu à des complications mycosiques du côté de l'endocarde. D'autre part, les thromboses cardiaques survenant sous l'influence du marasme aussi bien que les lésions valvulaires de vieille date peuvent être envahis par ces micrococcus lorsque des processus infectieux viennent à se développer dans l'organisme. E. RICKLIN.

Études expérimentales sur les traumatismes cérébraux, par H. DURET (*Arch de physiologie*, 1878, *et thèse de doctorat*, 1878, *Paris, A. Delahaye*).

Il est difficile d'analyser ce long et intéressant travail dans lequel presque tous les points de la physiologie cérébrale sont successivement abordés; nous signalerons seulement les points principaux.

Après quelques généralités, l'auteur entrant d'emblée dans son sujet nous donne une théorie du choc céphalo-rachidien. D'après lui toute violence sur les os du crâne, ou toute compression brusque des circonvolutions déterminerait la formation d'un « cône de dépression ; » c'est-à-dire un aplatissement, avec projection brusque, par toutes les voies ouvertes, du seul élément mobile de l'encéphale, soit du liquide céphalo-rachidien. Ce liquide transmettrait une partie de « la force vive développée par le choc »; surtout suivant une certaine direction dite « axe de percussion ». Après un choc sur le sinciput, les hémisphères cérébraux, subissant la dépression crânienne, s'affaissent sur les cavités ventriculaires dont ils sont creusés, et le liquide que celles-ci contiennent en est chassé brusquement. Il en résulte, en même temps, un excès de tension

de tout le liquide rachidien qui reflue des *lacs* dans les *flumina*, de ceux-ci dans les *rivi*, puis dans les *rivuli* et l'excès de tension se propage jusqu'aux sources, jusque dans les *gaînes lymphatiques*.

Le flot du liquide produit au moment de la percussion sur le crâne déchire les petits vaisseaux et est l'origine de lésions bien étudiées par Duret : hémorrhagies intra-ventriculaires, hémorrhagies des espaces arachnoïdiens de la base, des *sillons sanglants* et du *sablé sanguin* de la pulpe cérébrale. Il n'est pas rare de rencontrer, après un choc frontal, de petits foyers sanguins dans le bulbe et sur le plancher du quatrième ventricule. Outre ces lésions profondes, basilaires, produites par contre-coup, au niveau du cône de soulèvement, il y en a souvent d'autres superficielles, corticales, au niveau du choc et du cône initial de dépression ; et ces lésions, M. Duret les explique encore non par la violence directe, mais par le rappel du liquide céphalo-rachidien, qui, après avoir été chassé, revient brusquement reprendre sa place, quand cesse l'aplatissement momentané du crâne.

L'auteur n'a pas mesuré directement ces mouvements du liquide céphalo-rachidien dont il fait la cause première de la commotion : mais il appuie cette ingénieuse théorie sur de nombreuses expériences indirectes.

Il rappelle qu'un choc ou une chute sur le crâne détermine un aplatissement momentané des os correspondants : il a constaté qu'une compression légère sur le cerveau suffisait pour tendre et rendre immobile la membrane arachnoïdienne sus-bulbaire, membrane transparente sous laquelle on peut voir manifestement les oscillations du liquide; il a vu que chaque choc sur l'hémisphère lui était transmis intégralement.

L'auteur rattache à ces mouvements du liquide et aux lésions consécutives tous les troubles de la commotion ; troubles dont il étudie en détail et très-complètement toutes les phases.

Le choc céphalo-rachidien est toujours caractérisé dans une première phase (*phase de tétanisation*) par une syncope respiratoire et cardiaque, et dans les cas graves par une contracture généralisée. En même temps aussi, les artérioles étant contracturées, on constate une élévation énorme de la tension et une augmentation considérable et rapide de la température rectale.

Tout peut se borner à cette première phase ; et si les accidents peu marqués cessent bientôt, on aura le choc léger ; si au contraire ils sont mortels, le choc sera dit foudroyant.

Plus souvent, après quelques minutes, survient une deuxième phase, dite par l'auteur *paralytique*, et beaucoup plus durable. Le coma et la résolution surviennent : le pouls reste ralenti, mais mou et irrégulier ; les artères aussi se paralysent et alors la tension s'abaisse et la température diminue considérablement, la respiration enfin est accélérée puis irrégulière.

A ces deux phases caractéristiques de la commotion vraie et grave, peut succéder une deuxième période dite inflammatoire par Duret, parce qu'elle coïncide avec de la congestion ou de la méningo-encéphalite. Le pouls alors redevient fréquent ; la température plus que normale, et la respiration s'accélère.

Ces symptômes généraux sont caractéristiques du choc, et ils existent

aussi d'après Duret après l'hémorrhagie cérébrale « avec reflux brusque du liquide céphalo-rachidien vers le crâne ; » et après l'embolie qui déterminerait un afflux subit du même liquide vers la partie privée de sang.

Mais l'auteur a aussi et le premier bien étudié d'autres symptômes plus spéciaux, pouvant indiquer la nature du choc initial, ou mieux le point lésé consécutivement.

Ainsi après un choc latéral avec lésion hémisphérique, le coma et la résolution seront passagers ; les symptômes généraux bulbaires nuls ou peu marqués ; mais on pourra observer des paralysies ou des contractures corticales.

Au contraire, dans les commotions graves avec lésions bulbaires, il y aura soit des contractures de la face, de l'œil, soit un ralentissement respiratoire persistant, dus aux lésions des noyaux correspondants : quelques chiens ont même présenté de l'ataxie avec lésion des pyramides postérieures, etc.

Après avoir si bien étudié tous ces symptômes à l'aide d'expériences multiples et précises sur diverses espèces animales, l'auteur leur cherche une explication.

Tous les phénomènes immédiats du choc, tétanos, ralentissement du cœur, etc., seraient des réflexes produits par l'irritation mécanique due aux mouvements du liquide céphalo-rachidien : ce liquide viendrait surtout heurter le bulbe et dans le bulbe les corps restiformes qui, d'après l'auteur, sont le foyer de concentration des fibres sensibles : il y aurait même un spasme réflexe de toutes les artérioles et surtout de celles de l'encéphale, spasme tel que, d'après l'auteur, le sang cesserait alors de traverser l'encéphale, et cet arrêt du sang par spasme expliquerait l'analogie des phénomènes du choc, et de ceux constatés par M. Vulpian, Kussmaul et nous-même après l'obstruction des artères cérébrales.

A la deuxième phase, paralytique, et aussi à la période inflammatoire, les lésions pré-bulbaires seraient le point de départ d'une paralysie, réflexe aussi, des vaisseaux de l'encéphale ; et il y aurait seulement de temps en temps quelques spasmes erratiques pouvant provoquer de l'agitation et du délire.

Tel est l'ensemble de ce travail riche en expériences et en faits nouveaux ; et parmi ceux-ci quelques-uns relatifs à l'excitation de la dure-mère, à l'action des irritants chimiques, à la compression du cerveau, forment des chapitres neufs, et présentent un intérêt que nous devons nous borner à signaler. COUTY.

Sur la pression du liquide céphalo-rachidien. Note de M. BOCHEFONTAINE (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 24 *juin* 1878).

Quoique de nombreuses recherches aient été, depuis Magendie, entreprises sur le liquide céphalo-rachidien et ses mouvements, nous manquons de données précises sur la pression réelle de ce liquide ; c'est cette lacune que M. Bochefontaine a comblée dans ses études entreprises sur des chiens chloralisés, sur lesquels une canule, en communication avec un hémo-dynamomètre, était introduite et fixée au niveau du ligament occipito-atloïdien et de la dure-mère sous-jacente. Il a alors constaté : — que sur l'animal calme et respirant sans effort, la pression du liquide

céphalo-rachidien fait seulement équilibre à la pression atmosphérique; que pendant chaque systole cardiaque cette pression augmente de 0^{mm}, 5 et de 5^{mm}, 5 sous l'influence de l'expiration ; — que la commotion cérébrale ne produit aucun changement ou un changement insignifiant dans la pression du liquide céphalo-rachidien. L'auteur ajoute que chez l'un des animaux sur lesquels il a produit la commotion cérébrale, la respiration et le cœur se sont définitivement arrêtés, et l'on n'a trouvé à l'examen nécropsique aucune lésion de la substance nerveuse : il pense donc que la commotion grave peut exister sans lésion nerveuse. M. DUVAL.

Ricerche sopra l'encefalite traumatica (Recherches sur l'encéphalite traumatique), par A. CECCHERELLI (*Florence, brochure de 20 pages, 1878*).

Après avoir rappelé et résumé les travaux antérieurs de Glüge, Hasse et Kölliker, Stricker, Rindfleisch, Förster, etc., l'auteur rapporte une série d'expériences faites dans le laboratoire de Stricker, dans le but d'étudier les lésions survenues dans la masse cérébrale, à la suite du traumatisme. Ces expériences ont été faites sur des poulets et des lapins, et consistaient à produire des lésions de la substance grise encéphalique, au moyen de sétons, d'incisions avec le couteau après extirpation d'un fragment d'os, ou de simples épingles implantées dans la masse cérébrale.

Ce dernier moyen serait le meilleur de tous. Une fois la lésion produite, Ceccherelli l'étudiait microscopiquement à diverses périodes ; enfin des fragments de cerveau, déposés pendant deux ou trois jours dans de l'acide chromique, lui permettaient de faire des coupes colorées au carmin et montées dans la glycérine ou la térébenthine.

A partir des 24 premières heures qui suivent le traumatisme, diverses lésions commencent à se montrer : méningite, avec adhérence des méninges au cerveau, ramollissement cérébral, hémorrhagie cérébrale et méningée, mais la suppuration encéphalique n'a été trouvée qu'à partir de la 81e heure. Du reste, l'apparition de ces lésions ne s'est pas toujours reproduite avec la même constance.

Dans les images microscopiques on trouve du sang extravasé, des faisceaux nerveux, de la névroglie, des cellules ganglionnaires, et des cellules d'inflammation.

Dans une préparation provenant d'un lapin mort 73 heures après le traumatisme, on a trouvé des éléments granuleux, sphériques, incolores avec noyau, dont quelques-uns sont remplis d'une immense quantité de noyaux. Ce sont pour l'auteur de petites cellules ganglionnaires, dérivées très-probablement des grosses.

Le résultat de ces recherches serait le suivant : la cellule ganglionnaire atteinte de traumatisme ne se détruit pas, mais on ne la retrouve plus au moment de l'inflammation. Elle se remplit de granulations graisseuses, se divise, et se multiplie. Ces cellules se retrouvent donc au milieu de la cicatrice. MARCANO.

Beiträge zur Lehre von der Entzündung und den dabei auftretenden corpusculären Elementen (Nouvelles études sur l'inflammation et les corpuscules auxquels elle donne naissance), 1 planche, par SENFTLEBEN (*Archiv für path. Anat. und Phys., t. LXXII, p.* 542).

Il s'agit toujours de la kératite expérimentale. L'auteur a cherché à séparer nettement les leucocytes des cellules de la cornée, en étudiant les premiers sur une cornée sans cellules caractéristiques, et les secondes en empêchant les globules blancs d'arriver.

Pour obtenir le premier résultat on peut employer diverses méthodes : injecter de l'huile de térébenthine dans la chambre antérieure ; mettre à mort l'animal dont la cornée est introduite pendant plusieurs heures dans l'abdomen d'un autre animal vivant ; faire traverser, comme le fait Cohnheim, le bulbe par un fil de grosseur moyenne en ayant soin d'épargner la cornée. Toutes ces opérations conduisent au même résultat; les pérégrinations des leucocytes se produisent dans la cornée sans que les corpuscules de la cornée y prennent la moindre part. Ainsi que l'avait annoncé Cohnheim, cette pérégrination ou plutôt cette invasion de leucocytes se fait de la periphérie vers le centre : les globules sortent des vaisseaux du rebord et pénètrent vers l'intérieur soit en passant dans les canalicules nourriciers, soit dans les espaces vides qui entourent les nerfs.

Dans une seconde série d'expériences, l'auteur pratique des cautérisations centrales. Dans ce cas on constate qu'il se forme des corpuscules cornéens nouveaux provenant de ceux de la périphérie, qui envoient des prolongements en fer de lance qui donnent naissance aux éléments nouveaux. Jamais dans ces expériences on ne voit apparaître de leucocytes tant que la cautérisation n'a intéressé que la couche épithéliale. Lorsqu'au contraire le tissu propre de la cornée est lui-même atteint, on voit s'y introduire des globules blancs provenant du sac conjonctival.

On voit combien le processus diffère dans les deux sortes d'expériences. Dans le premier cas c'est de l'inflammation, dans le second, de la réparation. La prolifération des corpuscules cornéens sert à réparer, tandis que l'invasion d'une grande quantité de leucocytes a plutôt un effet destructif. Il est vrai qu'en thèse générale les deux processus ne vont guère l'un sans l'autre.

Dans une troisième série d'expériences l'auteur cherche à démontrer que les leucocytes peuvent bien provenir de la sécrétion conjonctivale. Il fait passer un fil à travers une cautérisation centrale, et le fait communiquer avec les sacs conjonctivaux. Dans ces conditions on voit apparaître presque immédiatement une grande quantité de jeunes cellules dans la portion détruite, d'abord autour du fil, puis peu à peu vers la périphérie.

C. Z.

De l'influence du repos et du mouvement dans les phénomènes de la vie, note de A. HORVATH (*Compt. rend. de l'Acad. des sciences,* 18 *mars* 1878).

L'auteur a placé, dans plusieurs tubes de verre, un liquide favorable à la multiplication des bactéries, et en contenant un certain nombre de

vivantes; ensuite il a laissé un certain nombre de ces tubes en repos, tandis que les autres furent continuellement agités. Dans les premiers tubes les bactéries se multiplièrent prodigieusement, tandis qu'on n'observa aucune multiplication dans les tubes soumis à l'agitation : l'auteur en conclut que le développement ou la multiplication des éléments qui constituent les êtres vivants exige un certain repos. M. D.

Case of Noma in which Moving Bodies were observed in the Blood during Life (Cas de noma dans lequel des corps animés de mouvements ont été vus dans le sang pendant la vie). Communication faite à la Société Royale médico-chirurgicale de Londres, par Arthur-Ernest SANSOM (*The Lancet*, 13 *octobre* 1877, *p*. 538).

Le noma dont il s'agit a été observé à l'hôpital chez une petite fille de quatre ans et trois mois qui a succombé avec tous les signes classiques de la gangrène de la bouche. L'examen du sang, pratiqué pendant la vie, a révélé la présence dans ce liquide : 1° d'un excès de globules blancs dont les uns étaient fragmentés, tandis que le protoplasma des autres semblait être granuleux à un degré insolite; 2° d'un grand nombre de petit corps fortement rétractiles, doués d'un mouvement actif généralement rectiligne et s'exerçant parfois en sens inverse d'un courant, présentant l'aspect de cristaux menus et incolores; deux ou trois de ces corpuscules, attachés à un globule rouge, entraînaient manifestement celui-ci. Ces mouvements étaient parfaitements distincts d'autres mouvements, de nature Brownienne, visibles sous le microscope en même temps que les premiers; ils cessaient sous l'influence d'une solution faible d'acide phénique ou de quinine, au lieu que des solutions, également faibles, de potasse ou d'acide sulfurique les stimulaient. Le nombre des corps mobiles en question a largement varié à diverses reprises : très-notablement réduit après une hémorrhagie et un abaissement de température, il s'est élevé de nouveau quand le thermomètre a monté jusqu'à 39°,4 C. En grandes quantités, ils tendaient à former des groupes ressemblant aux zoogloea. Leurs dimensions égalaient à peu près le vingtième de celles d'une hématie. Peu de temps avant la mort, on vit paraître aussi des bactéries ordinaires. Les hématies ont présenté, en volume, de grandes variations. L'urine, examinée immédiatement après la miction, contenait des corps translucides exactement semblables à ceux du sang; il en était de même des matières fécales et des fluides fournis par la plaie de la face, lesquels renfermaient aussi les organismes qui accompagnent habituellement la putréfaction.

Le surlendemain de la mort du sujet, on entreprit au moyen de liquides conservés dans des tubes capillaires scellés, une série de recherches concernant les caractères infectieux du sang et des produits de sécrétion. Une souris vigoureuse inoculée avec un peu de sang provenant de l'oreillete droite mourut le lendemain de l'inoculation; à l'autopsie, on trouva une péritonite non douteuse dont l'exsudat contenait une grande quantité de corps transparents, mobiles, exactement pareils à ceux découverts dans le sang de l'enfant. Semblable expérience ayant été faite sur un cochon d'Inde, l'animal succomba 5 jours plus tard avec un phlegmon intense de la paroi abdominale au niveau de la piqûre : il était atteint de périto-

nité, et le sang pris dans la veine cave ou dans le cœur droit renfermait en abondance les corps translucides spéciaux. Des portions de fluides recueillies au siége même du noma furent inoculées à une souris qui mourut dans la matinée suivante ; son sang ne contenait aucun corpuscule caractéristique. Péritonite violente, mais résultat pareillement négatif, quant aux corpuscules chez un chat inoculé de la même façon et avec les mêmes produits. P. GINGEOT.

Ueber partielle Nervendurchschneidung und die Ursachen der Lungenaffection nach doppelseitiger Vagustrennung am Halse (Sur la section partielle des nerfs et les causes de la pneumonie qui survient après la section des nerfs vagues au cou), par STEINER (*Arch. f. Anat. u. Phys.* 218-245, 1878).

J. Müller avait constaté il y a longtemps qu'en dissociant et en excitant isolément les divers faisceaux nerveux qui forment le nerf ischiatique, on excite différents muscles, et on peut limiter l'excitation à tel ou tel groupe musculaire.

Steiner a fait des expériences analogues sur le pneumogastrique des lapins. En suivant le nerf très-haut jusque à son ganglion, on voit qu'il prend la forme d'un ruban aplati, au milieu duquel est un interstice souvent occupé par un très-fin vaisseau sanguin. On peut introduire la lame d'un mince bistouri entre les deux faisceaux, et détruire soit le faisceau interne soit le faisceau externe. De ces deux faisceaux, d'après Steiner, il est probable que l'externe est sensitif, et l'interne moteur. Steiner avoue toutefois que cette méthode pour la séparation des deux faisceaux du nerf vague est assez insuffisante.

En second lieu Steiner a cherché quelle était la cause de la pneumonie qui survient constamment après la double section du pneumogastrique au cou. On sait que pour Traube et aussi jusqu'à un certain point pour Claude Bernard, la principale cause de la pneumonie et par conséquent de la mort, est la paralysie de l'œsophage ; les mucosités, qui s'accumulent au dessus du cardia, tombent dans le larynx, et oblitérant les ramifications trachéales, produisent l'hépatisation du poumon. Steiner a essayé de se rendre compte de la cause de cette pneumonie, et il a, dans une certaine mesure, appuyé la théorie de Traube et de Bernard. La section des faisceaux sensitifs, ne donne pas de pneumonie aux lapins opérés, tandis que la section des faisceaux moteurs, avec ou sans ligature de l'œsophage, la provoque presque toujours.

Steiner pense avoir trouvé le moyen d'empêcher cette pneumonie. Il suffit d'attacher des lapins sur le dos, et de les entourer d'ouate (pour empêcher le refroidissement). Il a pu ainsi conserver des lapins vivants pendant quatre jours, après la section des deux pneumogastriques au cou et, dans ces cas, les poumons étaient sains. Steiner, en conclut que la mort après la section des pneumogastriques est due à la pneumonie, et qu'on peut l'empêcher en plaçant les animaux horizontalement sur le dos. CHARLES RICHET.

Sulla istológia normale e patologica delle cartaligini ialine (Histologie normale et pathologique des cartilages hyalins), par TIZZONI (*Archivio per le Scienze Mediche, an II, fasc. I, et Rivista clinica di Bologna, avril* 1878).

Ce long travail, fait dans le laboratoire de Bizzozero, est divisé en trois chapitres.

I. *Histologie normale.* — L'auteur n'a jamais observé de mouvements amiboïdes des cellules cartilagineuses, malgré les nombreuses précautions dont il a entouré ses expériences.

Après avoir aspiré la synovie, il injecte une solution de nitrate d'argent (1 à 3 0/00). L'articulation ouverte et exposée à la lumière jusqu'à obtenir une coloration rouge cuivrique, lui a permis de constater au microscope : les différentes formes de l'endothélium synovial, qui se rapproche beaucoup de celui des séreuses, la transition entre les cellules endothéliales et les cartilagineuses, et l'absence complète d'endothélium sur la surface articulaire des cartilages. — D'après ces préparations la substance fondamentale du cartilage est composée de fibrilles disposées en anse à la partie centrale et en arcades à la périphérie ; superficiellement elles sont horizontales. Ces fibrilles qui rapprochent les cartilages des tissus conjonctifs se continuent directement avec les fibres de la synoviale. — Enfin les cartilages se distinguent par l'absence totale des canaux de nutrition.

II. *Études expérimentales.*—En incisant les cartilages non périchondrés, on observe après l'autopsie une résorption de la substance qui unit les fibrilles, processus que l'auteur appelle *fibrillazione*. Parmi les cellules cartilagineuses, les unes s'atrophient et se détruisent par dégénérescence granulo-graisseuse, tandis que les autres prolifèrent ; parfois il se forme de petites cellules rondes sans capsule qui se détruisent en peu de temps et qui ressemblent aux corpuscules du pus. — Lorsque l'incision atteint l'os, les espaces médullaires acquièrent les caractères du tissu cartilagineux ; aussi l'auteur admet que lorsque l'os est privé de cartilage, sa régénération peut se faire, soit par les bourgeons médullaires, soit par la transformation directe des cellules osseuses en cellules cartilagineuses.

Les cartilages périchondrés se régénèrent aux dépens du périchondre ; si la lésion est plus profonde, il se forme un double cal, externe et interne avant de reproduire le cartilage : le périchondre passe par l'état fibro-cartilagineux ; au bout du 46e jour il est impossible de reconnaître l'endroit lesé.

Le cartilage transplanté devient le siége d'une prolifération très-active ; si le lambeau tient encore au cartilage dont on l'a séparé, il finit par se réunir à lui au moyen d'un cartilage intermédiaire de nouvelle formation ; dans le cas contraire, le cartilage, après avoir proliféré, se transforme peu à peu en simple tissu conjonctif.

Lorsque l'articulation est traversée par un séton, les cellules deviennent plus petites et se transforment en un amas granulo-graisseux ; la substance fondamentale est atteinte de *fibrillation ;* tout cela se termine par l'usure du cartilage. — Une fois, chez le lapin il se produisit au contraire une prolifération et une disposition spéciale des cellules que

l'auteur appelle *alvéolisation*. La cautérisation produit la fibrillation, et la destruction des cellules par alvéolisation. — Dans les cautérisations profondes, le nitrate d'argent pénètre à travers les fibrilles, phénomènes sur lequel Tizzoni insiste longuement, et qu'il rapproche de la diffusion physiologique des liquides nourriciers, qui se fait sans l'intermédiaire de canaux.

En produisant des corps mobiles articulaires artificiels l'auteur trouva une prolifération cellulaire ; ensuite, le cartilage se détruisit peu à peu par dégénérescence granulo-graisseuse des cellules nouvellement formées. Les morceaux de cartilage, que l'expérimentateur détachait, augmentaient de volume, se transformaient ensuite en fibro-cartilages, et finalement dégénéraient; dans un cas, on observa un noyau de formation cartilagineuse, provenant de la transformation directe des cellules osseuses ; les fragments de cartilage greffés sous la peau ou dans les grandes séreuses devenaient le siége de : dégénérescence graisseuse, alvéolisation du protoplasma, et canalisation. Les tissus voisins bourgeonnaient et pénétraient dans le fragment. — Il résulte aussi d'autres faits que nous passons sous silence, que le cartilage ne peut vivre que lorsqu'il est arrosé de synovie.

Dans une dernière série d'expériences Tizzoni étudie l'influence du système nerveux, en excisant un centimètre du nerf sciatique. Dans ces cas il se formait des abcés autour de l'articulation, et les cellules cartilagineuses s'atrophiaient, ce que l'auteur attribue plutôt à l'inaction de l'articulation qu'à la suspension de l'influence nerveuse.

III. *Examen de pièces pathologiques provenant de diverses affections articulaires.* — Les tumeurs blanches tuberculeuses sont excessivement fréquentes, les tubercules existent partout, même dans les fistules. — Dans l'arthrite purulente il y a dégénérescence et nécrobiose des éléments.

Ce mémoire se termine par la description détaillée d'un cas d'ankylose cartilagineuse (Volkmann). Les cartilages du tibia et du fémur étaient le siége d'une prolifération profonde, et réunis superficiellement par du tissu conjonctif. L'étude de cette pièce fait croire à Tizzoni, contrairement à l'opinion de Volkmann, que cette forme d'ankylose est produite par une formation de tissu cellulaire, qui se transforme progressivement en tissu cartilagineux et osseux. MARCANO.

Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung inhalirter Substanzen (Recherches expérimentales sur l'action de substances inhalées), 1 planche, par M. SCHOTTELIUS (*Archiv für path. Anat. und Phys.*, *t. LXXIII*, *p.* 524).

Ces recherches ont été faites dans un but tout à fait particulier. Quelle différence y a-t-il, s'est demandé l'auteur, entre les effets produits par l'inhalation de substances inorganiques, et celle de corps organiques se décomposant facilement ou déjà en voie de décomposition ?

D'où une double série d'expériences dont les premières, faites avec des poussières minérales, n'ont pas donné de résultats autres que ceux que nous connaissons déjà. Le point important est que ces poussières inhalées progressivement et en petite quantité, n'affectent que très-peu les fonctions du poumon.

Il en est tout autrement lorsque les poussières sont de nature orga-

nique et spécialement lorsqu'elles sont composées de crachats séchés et pulvérisés. Alors on voit se développer avec rapidité des inflammations violentes, des processus destructifs du poumon qui amènent en peu de semaines la mort des animaux. A l'autopsie, on rencontre, à côté de foyers de broncho-pneumonie généralement caséeuse, des nodules ressemblant absolument au tubercule miliaire et qui ont dû être examinés avec un grand soin. Or ces granulations miliaires peuvent être classées en trois groupes, suivant leur structure histologique :

1° Ceux qui ne sont autre chose que des pneumonies catarrhales miliaires, pneumonies qui peuvent être tellement limitées, qu'une portion seulement de l'alvéole paraît infiltrée;

2° Les granulations qui sont de nature secondaire, provenant de l'irritation de points déterminés, généralement situés dans le système des lymphatiques interstitiels, irritation produite par des corps venant des alvéoles;

3° Enfin certains nodules sont produits par l'oblitération de petites bronches. Ce sont les moins nombreux, mais ils ne sont guère reconnaissables à l'œil nu.

Il n'y a donc là rien qui ressemble au véritable tubercule. Et cependant comme les crachats provenaient de tuberculeux, on aurait pu être tenté d'attribuer une action virulente, spécifique, à ces poussières, et de considérer comme réellement de nature tuberculeuse les lésions produites par elles. Mais, et c'est ici le fait vraiment intéressant et original des recherches de l'auteur, les mêmes lésions sont produites par l'inhalation de poussières de crachats vulgaires, indifférents pour ainsi dire, et les formes graves d'inflammation observées sont le fait non d'une substance virulente, mais simplement d'une matière organique se décomposant facilement. C. ZUBER.

Melliturie nach Depressor-Reizung beim Kaninchen (Glycosurie déterminée par l'irritation du nerf dépresseur chez le lapin), par W. FILEHNE (*Centralbl. f. die medicin. Wissensch.*, 4 *mai* 1878, *p.* 321).

Plusieurs des procédés expérimentaux qui déterminent la glycosurie chez les animaux ont pour action commune de provoquer le relâchement de certains départements vasculaires, c'est-à-dire un abaissement de la tension artérielle.

On peut obtenir ces résultats de deux manières : soit par certaines sections nerveuses provoquant la paralysie traumatique de certains centres, soit par des poisons. Toutefois les sections nerveuses entraînent sans doute la destruction non-seulement des fibres vaso-motrices, mais aussi des fibres trophiques ou régulatrices, et, pour ce qui est des poisons, il y a toujours lieu de tenir compte des modifications qu'ils déterminent dans les échanges nutritifs et les sécrétions; les conditions de production de la glycosurie sont donc complexes dans ces expériences.

L'excitation du nerf dépresseur fournit un moyen de diminuer la tension sanguine; or l'expérience démontre que, sous cette influence, la glycosurie se produit. Sur des lapins dont l'urine ne renferme pas de sucre, on excite toutes les 5 minutes, pendant 30 secondes, avec un courant d'induction d'intensité moyenne, le nerf dépresseur gauche. Au

bout de 20 à 45 minutes, l'urine renferme du sucre, qui peut y être démontré par la fermentation, la polarisation et l'action de divers réactifs. Des contre-expériences faites sur des lapins maintenus longtemps sur la table d'expérience, après section, mais sans excitation du nerf dépresseur, n'ont donné aucun résultat positif; il en est de même quand le bout central du pneumogastrique seul, à l'exclusion du dépresseur, est excité, même pendant un temps très-long.

L'auteur pense que dans l'expérience de Cl. Bernard, qui provoquait la glycosurie par l'irritation du bout central du pneumogastrique chez le chien, c'est à l'excitation du nerf dépresseur uni au nerf vague que cet effet doit être rapporté. Il est ainsi conduit à mettre en doute l'opinion de Cl. Bernard, d'après laquelle des excitations parties de la surface interne du poumon et propagées suivant le trajet du pneumogastrique déterminent par action réflexe la formation du sucre dans le foie.

G. HOMOLLE.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Sur l'action de l'ergotinine, par BUDIN et GALIPPE (*Soc. de Biol.*, 9 *mars* 1878).

Sur le chien, 8 milligrammes d'ergotinine Tanret administrés en sirop n'ont eu aucun effet apparent (exp. I); 30 milligrammes en injection sous-cutanée n'ont amené, non plus, aucun résultat (exp. II); mais en portant la dose à 80 milligrammes, on a déterminé un abaissement de température (de 39° à 38°,6), des vomissements, des coliques. Enfin, 105 milligrammes donnés en sirop ont amené la mort après un certain nombre d'heures, avec un abaissement considérable de température.

Sur le lapin, 4 milligrammes en injection sous-cutanée ont déterminé un très-léger abaissement de température sans causer d'accidents, et 60 milligrammes ont amené des mouvements convulsifs, puis de la paralysie, un abaissement énorme de température (de 39°,8 à 31°,3) et enfin la mort au bout de quatre heures.

Donc, il faut employer chez les animaux des doses assez considérables pour qu'un effet très-net soit produit ; nous disons assez considérable, car M. Tanret regarde un milligramme de son ergotinine comme correspondant à un gramme de seigle ergoté.

Mais les expériences ci-dessus énoncées ont été faites sur des animaux, et sur des animaux en dehors de la gestation ; il faudrait étudier maintenant l'action de l'ergotinine sur des utérus gravides. En outre, il ne faudrait pas trop se hâter de conclure de ces expériences à l'espèce humaine, surtout en ce qui concerne la dose (*Voy.* Dujardin-Beaumetz, *Soc. de thérapeutique*, 27 février 1878). L. G. R.

The Action of Muscarine on the human Body (Action de la muscarine sur le corps humain), par Sydney RINGER et E. A. MORSHEAD (*The Lancet*, 11 *août* 1877, *p.* 198).

La muscarine, principe actif des champignons vénéneux, a été expérimentée sur les animaux par Schmiedeberg, Koppe, Prevost, Alizon, L. Brunton, et Schiff, mais son action sur l'homme n'avait pas encore été directement étudiée. S. Ringer et Morshead ont entrepris de combler cette lacune : ils ont opéré, à treize reprises différentes, sur quatre sujets atteints, l'un d'une fièvre légère d'origine obscure, les trois autres d'anémie, et les phénomènes observés paraissent prouver que la muscarine agit de la même façon sur l'homme que sur les animaux. Deux centigrammes en injection sous-cutanée sont la dose *minima* nécessaire pour déterminer des effets sensibles. Contraction des pupilles, transpiration profuse, abondante salivation, écoulement oculaire et nasal, action purgative, parfois nausées et vomissements, besoins fréquents d'uriner, tels sont les résultats obtenus par l'emploi de la nouvelle substance. La muscarine paraît donc posséder des propriétés assez analogues à celles de la pilocarpine. Elle a pour antagoniste l'atropine, mais, chose étrange, tandis qu'elle rétrécit l'orifice pupillaire quand on l'a injectée sous la peau, elle en produit, au contraire, la dilatation si on l'a mise extérieurement en contact avec l'œil. Les auteurs n'ont pu se livrer à des recherches plus étendues, leur provision de muscarine étant épuisée.

Le fait noté par Lauder Brunton sur le lapin, que la muscarine anémie les poumons au point de les blanchir et d'en permettre le section presque sans effusion de sang, n'autoriserait-il pas à essayer cet agent contre certaines congestions pulmonaires et contre l'hémoptysie (Voy. *R. S. M.*, VII, 53, 498 ; XI, 92). P. GINGEOT.

The physiological action of ipecacuanha and its alkaloid (De l'action physiologique de l'ipéca et de son alcaloïde), par J. K. FOULKROD (*Philadelphia Med. Times*, 31 *août* 1878).

De nombreuses expériences pratiquées au laboratoire de physiologie de l'Université de Pensylvanie, l'auteur déduit les conclusions suivantes :

1° Appliquée localement, l'émétine amène peu à peu l'abolition du pouvoir fonctionnel des nerfs et des muscles striés. Cette abolition est même irrémédiable pour peu que le contact ait été prolongé. Le contact direct de l'émétine avec l'encéphale ou la moelle épinière n'est suivi d'aucun effet manifeste.

2° La diminution de la tension artérielle, que produit l'injection d'émétine, est due à une action directe sur le cœur (parésie cardiaque).

3° Les mouvements du cœur sont d'abord accélérés, puis ralentis.

4° L'émétine paralyse les filets cardiaques des pneumogastriques.

5° Le coma consécutif à l'absorption de ce poison est dû à son action sur le cerveau.

6° Les convulsions, qui suivent cette absorption, ont une origine spinale. Il en est de même de l'abolition des mouvements réflexes.

7° Le vomissement doit être attribué à une action locale sur l'estomac.

8° L'émétine amène un ralentissement des mouvements respiratoires, même après la section des pneumogastriques.

9° Les muscles volontaires restent intacts dans l'empoisonnement par l'émétine ; toutefois leur contractilité peut être abolie par des applications directes de cet alcaloïde.

10° L'émétine est éliminée sans modifications par les reins. Elle l'est aussi par la muqueuse gastro-intestinale.

11° La salivation produite par l'émétine est due à son action locale sur les nerfs de la bouche. Les injections sous-cutanées ou intra-veineuses d'émétine produisent l'albuminurie. Le foie renferme de la glycose.

12° L'émétine n'a pas d'action directe sur le sang.

13° Elle n'a pas non plus d'action sur la pupille, qu'elle soit appliquée localement, ou introduite dans la circulation générale.

GASTON DECAISNE.

Beiträge zur Kenntniss der Kaffeebestandtheile (Contribution à l'étude des principes contenus dans le café), par BINZ (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmakologie, Bd. IX, Heft 1 et 2, p.* 31, 1878).

Binz comparant les résultats des recherches entreprises par différents auteurs pour étudier l'action physiologique des principes contenus dans le café, avec les données fournies par ses expériences personnelles, arrive aux conclusions suivantes :

1° La caféine et la caféone, à doses moyennes, n'exercent pas d'action excitante sur le cerveau, le cœur, la respiration et la calorification.

2° Les sels de potasse renfermés dans les doses habituelles d'infusion de café n'exercent pas, quand celle-ci est introduite par les voies digestives, d'influence appréciable sur l'organisme animal. (Le café torréfié ne renferme, en effet, que 22 0/0 de sels de potasse, de sorte que une infusion préparée avec 17 grammes de café torréfié contiendrait environ 0,37 de chlorure de potassium, dose qui produirait tout au plus des effets appréciables chez un animal si elle était directement injectée dans le cœur.)

3° Il n'est pas démontré que l'infusion chaude de café torréfié se comporte par rapport à la nutrition comme un agent d'épargne.

Les modifications appréciables qu'elle imprime aux échanges nutritifs lorsqu'elle est ingérée à doses ordinaires, tendent même à démontrer l'inverse.

4° L'élévation de la température corporelle déterminée par l'huile empyreumatique contenue dans le café, n'est qu'une sensation subjective, comme celle qui suit l'ingestion de l'alcool.

Elle est due à l'accumulation d'une plus grande quantité de sang dans les vaisseaux.

E. RICKLIN.

Ueber die arzneiliche Anwendung des Iodbleies (De l'emploi thérapeutique de l'iodure de plomb), par E. SCHŒNFELDT (*Archiv für path. Anat. und Phys., t. LXXXIII, p.* 301).

L'auteur analyse tout d'abord la thèse de Berg (*Dorpat*, 1875), de laquelle il résulte que les empoisonnements par les composés iodiques présentent, au point de vue des symptômes et des lésions anatomiques, des différences très-grandes.

Les expériences de Berg sur les animaux (surtout des chiens) ont démontré qu'après des injections de 8 à 9 grammes d'*iodure de potassium* dans une veine, on trouvait l'iode dans l'urine déjà au bout de 15 minutes, tandis que, chose remarquable, les symptômes pathologiques ne faisaient leur apparition qu'au bout de 6 à 7 heures. A l'autopsie on trouvait d'ordinaire une hyperémie capillaire généralisée, les poumons congestionnés avec sécrétion bronchique hémorrhagique, le cœur dilaté. Rien au foie ni à la rate ; muqueuse stomacale injectée ; reins congestionnés ; urine légèrement albumineuse. Partout on pouvait démontrer la présence de l'iode. L'exfoliation brune des glandes à pepsine que Rose (*Archiv für path. Anat. und Phys.*, t. XXXV) considérait comme caractéristique des empoisonnements iodiques n'a pas été retrouvée par Berg. — La cause de la mort paraît résider dans les altérations des organes de la respiration et l'auteur arrive à cette conclusion que les iodures alcalins éprouvent leur décomposition surtout dans le parenchyme pulmonaire et la plèvre, de façon que l'iode devenu libre irrite directement ces parenchymes.

Les essais faits avec le mélange de *teinture d'iode* et de solution d'iodure de potassium donnent lieu en général à la même série de phénomènes, seulement la mort est plus rapide. Lorsque ce mélange est employé à dose inférieure, les symptômes sont extrêmement transitoires.

L'*iode* libre n'agit pas, quoique en ait dit Trousseau, comme l'acide prussique. Chez les animaux les injections de cette substance se différencient de celles d'iodure de potassium en ce que, à côté des symptômes ordinaires (vomissement, salivation, vertige) on voit apparaître du sang dans l'urine, 6 à 7 heures après l'injection. Ce sang met longtemps à disparaître. Les viscères abdominaux sont extrêmement congestionnés: on voit même à certains endroits des foyers apoplectiques. Dans les reins ces hémorrhagies occupent exclusivement les canaux de Henle et jamais le tissu cellulaire interstitiel, de sorte que Berg pense que, malgré leur forme conique, ils sont le résultat d'une simple diapédèse. D'après Rose les fortes doses d'iode provoqueraient un spasme artériel ; c'est le contraire qui serait la vérité.

On sait que l'iode se décolore au contact des humeurs, qu'il coagule les albumines, ce qui a fait penser depuis Magendie qu'il se combine chimiquement avec ces dernières substances. Cette question est loin d'être élucidée. D'après l'auteur ce qui démontre qu'il n'y a pas de combinaison réelle, c'est que les soi-disant albuminates bien lavés à l'eau et à l'alcool, puis réduits en cendres, ne présentent pas de traces d'iode. Dans le coagulum obtenu dans une solution par l'emploi de l'iode on ne trouva jamais cette substance qu'il était au contraire facile de retrouver dans le liquide filtré.

D'après cela il semble permis de conclure que l'iode, en présence des corps protéiques, éprouve une transformation isomérique, mais ne se combine pas chimiquement.

L'observation nous apprend que l'organisme possède la propriété de séparer peu à peu l'iode de ses combinaisons chimiques les plus stables (iodures de plomb, de mercure, etc.) et de les transformer en iodures qui se retrouvent alcalins dans les urines.

L'action toxique des composés iodiques n'est pas sans importance pour le médecin qu'il éclaire pour ce qui concerne l'action thérapeutique. Il est certain, tout d'abord, que l'iode, exerce une action énergique sur les vaso-moteurs(d'où l'hypérémie,les hémorrhagies, l'inflammation,etc.). Ainsi l'on observe à la suite d'ingestion de fortes doses de teinture d'iode ou d'inspiration de vapeurs d'iode, de l'irritation des bronches, du vertige, de la céphalalgie, de l'ivresse, de la dilatation des pupilles, du tremblement des pieds et des mains, des hallucinations,du délire (hyperémie du cerveau et de la moelle).

En somme d'après ces recherches, l'iode libre ou combiné, possède la propriété de surexciter l'activité des organes élémentaires de certains tissus, problablement en activant la nutrition. Cette suractivité nutritive se montre de préférence dans les muqueuses et les dépendances du système lymphatique (là où théoriquement l'iode se décompose). On voit les diverses sécrétions exagérées(par exemple, celles de l'estomac et des intestins, celles des organes génitaux), en même temps que se produit une surexcitation nerveuse des organes (augmentation des mouvements peristaltiques, disparition de certaines gastralgies, augmentation de l'activité sexuelle). Dans d'autres cas, on voit diminuer les sécrétions excessives, les transsudations des mêmes organes, comme dans l'œdème intestinal de la dyssenterie, les hydropisies, les pleurésies où déjà l'emploi externe des médicaments iodés est très-utile. C. Z.

Zur Wirkung subuctaner Glycerin Injectionen (De l'action des injections sous-cutanées de glycérine), par B. LUCHSINGER (*Centralbl. f. med. Wissenschf.*, *p.* 1, 6 *janv.*, *n°* 1, 1877).

L'auteur a fait des recherches sur l'influence de la glycérine injectée sous la peau, sur l'élimination du sucre par l'urine.

Il a remarqué une forte quantité d'hémoglobine dans l'urine, mais jamais de sucre en quantité notable.

Il combat les opinions d'Ustimonitsch qui a fait des injections de glycérine dans les vaisseaux et dans l'estomac. On a essayé bien des fois de nourrir des animaux avec de la glycérine et jamais on n'a observé ni hémoglobinurie, ni glycosurie. Si dans les cas où Ustimonitsch a injecté de la glycérine dans les veines, il y a eu glycosurie, il faut la mettre sur le compte des troubles respiratoires et circulatoires produits par l'injection.

Quant à l'opinion d'Eckardt, elle est un peu plus fondée. En faisant des piqûres au plancher du quatrième ventricule, sur des animaux auxquels on avait injecté de la glycérine; l'auteur a trouvé, malgré cela, quantité plus ou moins notable de sucre dans les urines. Il semble néanmoins bien établi que la glycérine a une action bien marquée sur la glycosurie. E. SCHWARTZ.

Ueber die giftigen Eigenschaften der Carbolssäure bei chirurgischer Anwendung (Des empoisonnements chirurgicaux dus à l'emploi de l'acide phénique). Travail de KUESTER, lu au VIIe congrès de la Société allemande de chirurgie, 10 avril 1878, et discussion consécutive le 11 avril : LUECKE, BARDELEBEN, KŒNIG, HUETER, LOSSEN, KUESTER, OLSHAUSEN, HAHN, KŒHLER, von LANGENBECK (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 17, *p.* 248 *et* n° 18, *p.* 260, 29 *avril et* 6 *mai* 1878).

Durant le cours de 3 ans, Kuester a pu observer 5 faits plus ou moins indubitables d'empoisonnement aigu grave par l'acide phénique appliqué sur des plaies ; 4 d'entre eux se sont terminés fatalement. Il n'a pu réunir dans la littérature médicale que 20 cas analogues, mais il est bien évident que le petit nombre d'accidents publiés ne correspond pas au réel état des choses. Grâce à l'incertitude de la symptomatologie, beaucoup d'entre eux sont dissimulés sous les dénominations d'ébranlement nerveux (shok), de collapsus, etc. ; c'est l'interprétation qu'il est disposé à donner aux deux observations de Bardeleben relatées dans le dernier compte rendu de Kœhler.

Afin d'élucider la symptomatologie et de fixer la dose mortelle d'acide phénique, Kuester a, de concert avec Max Marckwald, entrepris, sur des animaux, une série d'expériences qui n'est pas encore terminée. Toutefois, ces expérimentations ont fait déjà ressortir certaines différences entre l'homme et les animaux : ainsi le tremblement ne s'observe que chez ces derniers. La dose mortelle pour le chien est égale à 0.076 0/0 du poids du corps. Les petits animaux, les individus anémiés ou déjà malades éprouvent des symptômes plus graves. Le sel de Glauber, proposé comme antidote par Sonnenburg, n'est efficace que dans les cas peu intenses.

Luecke n'a pas observé d'empoisonnements phéniques graves, mais il a vu beaucoup d'intoxications légères dont il serait désirable de pouvoir faire le diagnostic de bonne heure, car ce sont toujours des complications désagréables. La coloration de l'urine n'a aucune valeur à cet égard ; seule, la disparition de l'acide sulfurique des sels urinaires a de l'importance diagnostique. Ce dernier caractère doit être utilisé comme signe différentiel entre le carbolisme et les effets prolongés du chloroforme. Parmi les phénomènes propres à l'empoisonnement phénique chronique, Luecke mentionne la néphrite qu'il a notée deux fois, soit chez des enfants très-jeunes, soit chez des individus qui, sans avoir de plaies extérieures, avaient manipulé une grande quantité d'acide phénique. Dans ces circonstances, le début et la cessation de l'albuminurie dépendent entièrement de l'usage de l'acide.

Bardeleben qui, depuis 6 ans, emploie sous toutes formes, dans son service, des solutions aqueuses d'acide phénique, n'a vu encore aucune intoxication aiguë et il nie, de la façon la plus explicite, l'interprétation que Kuester donne des deux observations rapportées par Kœhler. D'accord avec Luecke, il n'admet pas que la teinte foncée des urines soit un syptôme d'empoisonnement, car elle se présente sans aucun autre phénomène morbide chez des patients. Pour lui, les signes de l'intoxication chronique sont l'inappétence, l'apathie, l'aspect misérable et peut-être aussi un peu de fièvre.

Kœnig trouve peu démonstratifs — à l'exception d'un seul peut-être — les cas d'empoisonnement cités par Hueter; la seule autopsie pratiquée par celui-ci n'a, d'ailleurs, fourni que des résultats négatifs.

Hueter déclare que dans une expérience de 9 ans il n'a rencontré aucune intoxication mortelle, bien qu'il employât, pour les pulvérisations, une solution à 3 0/0. Il concède, toutefois, à Kuester que les personnes débilitées, anémiques, tels que les enfants et les femmes âgées, à peau flasque, sont plus exposées au carbolisme que d'autres; aussi, lorsqu'il leur voit des urines noires, il recourt à l'acide salicylique.

Après avoir cité un fait qui lui est personnel, observé sur un garçon de 12 ans qui succomba à la suite de lotions d'acide phénique à 5 0/0, pratiquées dans un abcès du genou, fait qui est accompagné d'autopsie, Lossen ne tient pas pour absolument convaincantes les observations de Kuester.

Kuester reste convaincu qu'il a bien eu affaire à des empoisonnements par l'acide phénique; qu'il n'y ait eu qu'une autopsie et que celle-ci n'ait donné que des résultats négatifs, cela ne change rien à l'état des choses, car les lésions anatomiques trouvées même à la suite d'ingestion du poison par la bouche ne sont pas très-caractéristiques. Il affirme l'existence d'une fièvre et d'une néphrite phéniques, et invite les assistants à communiquer les cas d'empoisonnement qu'ils n'ont pas publiés.

Olshausen expose en détail un fait grave, bien que non mortel, d'intoxication phénique occasionnée chez une femme en couches, par des irrigations utérines avec une liqueur à 2 1/2 0/0. La malade fut en proie, 3 heures durant, à un profond collapsus dont elle ne se rétablit que pour succomber ultérieurement, aux suites d'une rupture de l'utérus. — En terminant, Olshausen relate un autre fait d'empoisonnement phénique, suivi de mort, après ouverture d'un abcès de la fosse iliaque, chez une femme en couches.

Hahn, sur 170 blessés graves qu'il a soignés en Roumanie dans l'espace de 4 mois, a vu une néphrite survenir chez l'un d'eux au bout de 5 semaines d'un pansement avec le jute phéniqué; les accidents rénaux ont cessé avec le pansement.

Kœhler communique deux cas d'intoxication phénique grave.

Langenbeck, en 1869 seulement, a observé un fait sérieux, mais non mortel, d'intoxication phénique chez un jeune garçon traité ponr un abcès, suivant la méthode de Lister. Il ajoute, d'autre part, qu'à la policlinique il y a eu, de ce chef, deux cas de mort, à la suite d'opérations insignifiantes pansées avec le bandage sec; aussi, pour les enfants, n'emploie-t-il jamais le nuage phéniqué. (*Voy.* Maunoury, *Progrès médical*, 28 déc. 1878.) J. B.

Zur Diagnose und Therapie der Carbolintoxicationen (Du diagnostic et du traitement des intoxications par l'acide phénique), par E. SONNENBURG (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, *IX*, *nos* 3 *et* 4, 1878).

L'auteur a en vue, dans ce mémoire, les phénomènes d'intoxication chronique survenant après l'emploi de l'acide phénique comme agent topique. Chez les adultes, on observe surtout du malaise, des vomissements, de la céphalalgie; chez les enfants, on constate une période d'agitation, à laquelle succède un collapsus plus ou moins profond. Ces

symptômes sont précédé souvent, et cela surtout chez les enfants, d'une élévation de température; celle-ci ne peut être rapportée qu'à l'action du médicament, et Sonnenburg incline à expliquer, par cette origine, ce que Volkmann a décrit sous le nom de fièvre aseptique.

En même temps que ces symptômes, et souvent avant eux, on constate une coloration d'un brun plus ou moins foncé de l'urine, mais l'intensité de cette coloration n'est pas en rapport avec le degré de l'intoxication. Il en est autrement de la proportion relative dans l'urine des sulfates et des sels d'acides sulfo-conjugués (*R. S. M.*, VIII, 73). Plus l'intoxication est intense, plus ces derniers (sulfo-phénates) deviennent abondants, tandis que les premiers diminuent et arrivent à disparaître complétement.

Une analyse rapide permet de reconnaître cette altération de l'urine. Il suffit d'ajouter à l'urine, rendue acide par l'addition d'acide acétique, une solution de chlorure de baryum ; les sulfates seuls sont précipités, et l'abondance du précipité permet de faire juger le degré de l'intoxication.

Baumann, à qui appartient la constatation de ces faits, a reconnu que dans l'organisme les sulfates alcalins s'unissaient à l'acide phénique pour former des sulfo-phénates non toxiques ; il en résulte que ces sulfates, notamment le sulfate de soude, doivent être regardés comme les contrepoisons chimiques de l'acide phénique.

A l'appui de cette théorie, Sonnenburg relate six observations cliniques, dont il tire les conclusions suivantes:

1° Si, dès que l'urine prend la coloration brune caractéristique, on cesse l'emploi de l'acide phénique, les symptômes d'intoxication disparaissent en un ou deux jours, en même temps que la quantité des sulfates augmente dans l'urine. Si l'on fait prendre au malade du sulfate de soude (à dose non purgative), le phénomène se produit plus rapidement.

2° Si, dès que l'urine prend la coloration brune, on administre le sulfate de soude, on peut, seuf dans quelques cas exceptionnels attribuables à une idiosyncrasie, continuer l'emploi de l'acide phénique; les phénomènes d'intoxication disparaissent ou restent très-modérés.

H. THORENS.

Sur les dangers de l'emploi de l'alcool méthylique dans l'industrie, note de POINCARRÉ (*Compt. rend. acad. des sciences*, 4 *nov.* 1878).

L'administration, dans un but de surveillance, exige l'addition d'alcool méthylique à l'acool destiné à l'industrie ; c'est là, dit M. Poincarré, une source de dangers pour les ouvriers, car en expérimentant sur des animaux qu'il a fait séjourner huit à seize mois dans un air chargé de vapeurs méthyliques, l'auteur a observé chez eux une tendance notable à l'embonpoint, et, à l'autopsie, il a constaté une hypertrophie du foie.

M. D.

Die Giftwirkungen, welche Salzbader auf Frösch ausüben (Des manifestations toxiques que produisent les bains salins sur les grenouilles), par VALENTIN (*Zeitschrift f. Biol.*, *Bd XIV*, *Heft* 1, p. 320).

Lorsqu'on plonge une grenouille dans des solutions de chlorure alca-

lin au dixième, elle ne tarde pas à succomber ; le chlorure ammoniacal la tue en 3 à 4 minutes ; les chlorures de lithium et de potassium en 10 minutes ; ceux de calcium, baryum, magnésium, aluminium, strontium dans un temps qui varie de une heure à une heure et demie.

Les premiers phénomènes sont ceux de la paralysie du système nerveux central : contractures, puis paralysie de plus en plus complète, et perte des mouvements volontaires, puis des réflexes, sauf au niveau de l'estomac et de l'intestin qui réagissent plus longtemps ; les vaisseaux sont hypérémiés, puis deviennent le siége de coagulations. Lorsque la solution est très-active, les cavités cardiaques paraissent après la mort dilatées et remplies de sang noir. Cependant ces sels ne sont pas des poisons cardiaques, car les phénomènes de paralysie nerveuse sont toujours les premiers à se produire.

Les cœurs lymphatiques postérieurs s'arrêtent tantôt avant, tantôt après le cœur sanguin, mais ils répondent moins à l'excitation électrique que celui-ci.

Quant aux phénomènes respiratoires, ils sont très-variables.

Les solutions au vingtième produisent toujours aussi la mort, mais beaucoup plus lentement. L. D.-B.

Morphinisme et morphiomanie, par H. FOLET (*Bull. méd. du Nord, mai* 1878).

Obs. I. — D... âgé de 25 ans, tuberculeux depuis plusieurs mois, est pris subitement d'une douleur de côté très-violente, calmée bientôt par une injection de 0,02 cent. de morphine. Mais cette douleur reparut tous les jours avec une intensité croissante, de sorte qu'on fut obligé de continuer l'emploi de la morphine en augmentant progressivement la dose jusqu'à 0,03 cent. Le bien-être qu'il en éprouvait était tel qu'il réclamait impérieusement une injection pour se procurer un peu de sommeil et de calme. Au bout de 3 semaines, il tombe tout à coup dans un coma profond dont il ne sortait que pour entrer dans un accès de délire loquace, mais calme ou dans des attaques convulsives affectant surtout les muscles de la face, du cou et des membres supérieurs ; vomituritions fréquentes, céphalalgie, pouls petit à 90, pupilles très-contractées. Après avoir cru un instant au début d'une tuberculisation méningée, l'auteur apprit que le malade avait pratiqué dans les 3 derniers jours 8 à 10 injections correspondant quotidiennement à 0,30 cent. de médicament. Après la suspension de celui-ci, tous les accidents cérébraux disparurent, et la douleur pleurodynique devint très-supportable et disparut à son tour.

C'est là un exemple de morphinisme aigu. Mais, dit l'auteur, il y a d'autres cas où le morphinisme est chronique. Le malade ne peut plus se passer de morphine, il s'y habitue vite, et au lieu des vomissements ou des phénomènes nauséeux qu'elle produisait au début de son administration, elle donne lieu au contraire à une sensation de bien-être, de volupté spéciale : le malade est pénétré d'une chaleur douce, il lui semble que son énergie musculaire et son activité intellectuelle sont décuplées, il devient gai, loquace et exagère les plus petites souffrances pour fournir un prétexte à l'usage continu de la morphine. Cependant au bout de quelques heures et dès que l'élimination de la morphine commence à s'effectuer en proportion notable, la vigueur factice fait place à la

dépression, à l'abattement, à la torpeur, et les malades pour reprendre des forces sont obligés d'avoir recours à de nouvelles injections de morphine, au point que les intervalles pendant lesquels ils peuvent se passer de leur excitant, deviennent de plus en plus courts. Ces malades sont atteints de morphiomanie. En voici une observation à opposer à la première qui est un cas de morphinisme aigu.

Obs. II. — Madame X..., 33 ans, prise de gastralgie, se sent tellement soulagée par les injections morphinées qu'elle les réclame tous les jours. Elle finit par se les pratiquer elle-même, et par se faire deux fois, puis quatre et six fois par jour des injections de 0,02 cent. Après huit mois, elle se sentait faible et était obligée pour se soutenir de prendre de la morphine. Elle put pendant quelques jours, sur des remontrances qui lui furent adressées, diminuer la dose jusqu'à 0,06 cent. par jour, mais bientôt elle reprit ses injections avec une nouvelle ardeur et arriva en trois mois et demi à la dose quotidienne de 0,50 cent. Six à huit heures après la dernière injection narcotique le matin au réveil par exemple, elle éprouvait les symptômes suivants : lassitude douloureuse dans les jambes, avec refroidissement et fourmillements ; palpitations violentes avec rougeurs de la face ; puis subitement abaissement du pouls devenu très-fréquent avec état demi-syncopal : dilatation pupillaire, refroidissement des extrémités, pâleur de la face, sueurs froides ; en même temps, troubles digestifs : salivation, nausées, vomissements, selles diarrhéiques peu abondantes, mais fréquentes. La malade poussait des cris arrachés par d'horribles crampes aux jambes et suppliait alors en grâce qu'on lui permît l'injection. Celle-ci amenait au bout de 5 minutes, la disparition de tous ces symptômes et les remplaçait par un état de bien-être complet, jusqu'à ce que vaincue par les mêmes malaises, elle s'injectât une nouvelle dose.

L'appétit était presque perdu, la digestion lente, difficile, la constipation opiniâtre, et pour reprendre des forces, elle en était venue à boire des alcooliques pour suppléer à l'excitation morphinique.

Au bout de deux ans seulement, la malade guérit de cette passion, en diminuant progressivement la dose du médicament, contrairement au conseil que donne Lewinstein de cesser brusquement l'emploi des injections. (Voy. *R. S. M.* X, 97.) HENRI HUCHARD.

Zur Casuistik der Arsenwasserstoff-Intoxicationen (Quatre cas d'intoxication par l'inhalation d'hydrogène arsénié), par WAECHTER (d'Altona) (*Vierteljahrss. f. gericht. Med. u. œff. Sanit., nouv. série, XXVIII, pg.* 251, *avril* 1878).

Quatre Italiens, âgés de 18 à 33 ans, marchands de ballons en caoutchouc colorié pour enfants, avaient pour habitude de ne les remplir de gaz que peu de temps avant de les vendre. Pour préparer l'hydrogène, ils achetaient de l'acide sulfurique du commerce et des rognures de zinc chez le ferblantier. Le gaz produit dans un flacon se dégageait par un tube de verre qui traversait le bouchon. Pour renouveler les matières premières il fallait nécessairement soulever ce dernier. Durant cette manœuvre, ainsi que dans les intervalles fréquents qui s'écoulaient entre le remplissage du ballon et sa fermeture, une quantité notable de gaz pouvait se répandre dans l'atmosphère. Il n'en était résulté jusqu'ici aucun inconvénient pour les préparateurs, parce qu'ils travaillaient toujours dans des locaux vastes et bien aérés.

Mais à Flensbourg, en juillet 1877, la pièce que les Italiens louèrent dans ce but n'avait que 10 pieds de long, une largeur à peine égale et une hauteur ne dépassant guère celle d'un homme; enfin, elle n'était ventilée que par un petit trou dans une vitre brisée.

Au bout de la journée, ils se sentirent un peu oppressés et éprouvèrent le besoin de laisser pénétrer de l'air frais par la porte, néanmoins aucun d'eux n'avait perçu une odeur spéciale dans la chambre où ils séjournaient. Une heure plus tard, tous étaient en proie à un malaise intense suivi de prostration, de tremblement des membres, de céphalalgie, d'étourdissements, de nausées et de vomissements; l'insomnie fut absolue la nuit suivante. Le lendemain matin tous avaient un ictère plus ou moins intense et des urines sanglantes rendues avec douleurs et ténesme. Leur respiration était accélérée, anxieuse, leur pouls fréquent, fort et plein; leur température un peu élevée. Tous étaient pénétrés et tourmentés de l'idée qu'ils étaient gravement malades.

Leur urine laissait un dépôt abondant brun jaunâtre formé d'épithélium dégénéré, de corpuscules de pus, de globules rouges, ratatinés et réunis en pelotons ou en séries, de globules blancs, de détritus cellulaires, et de cristaux abondants d'acide urique; l'urine filtrée contenait de l'albumine.

Les 3 premiers malades purent être renvoyés guéris au bout d'un temps variable de 13 à 17 jours.

Le quatrième, âgé de 33 ans, qui avec l'un des précédents avait séjourné le plus longtemps dans l'atmosphère toxique (3 heures) et s'y était trouvé incommodé au point de faire ouvrir la porte, fut le seul qui succomba. Contrairement aux 3 autres, il avait, au lieu de fièvre, présenté une température inférieure à la normale; il avait un ténesme vésico-rectal intense, puis l'anurie survint. Enfin, après avoir offert, comme symptômes ultimes, des accès d'angoisse mortelle avec violentes douleurs dans la région hépatique, du refroidissement des extrémités, du tremblement des membres, une éruption d'urticaire généralisée, et un bruit systolique à la pointe du cœur, il mourut brusquement sans agonie préalable le 11e jour.

A l'autopsie, pratiquée 19 heures après le décès, l'urticaire était encore visible; peu de taches cadavériques; rigidité très-accentuée. Sang des gros vaisseaux très-fluide et rouge cerise. Quelques cuillerées de sérosité légèrement sanguinolente dans les cavités pleurale et péricardique. Cœur flasque, contenant peu de sang; myocarde décoloré. Œdème de l'épiglotte et des ligaments ary-épiglottiques. Liquide spumeux dans la trachée et les bronches. Poumons ardoisés, quelques ecchymoses sous-pleurales, rouges, plus nombreuses à la face postérieure des lobes inférieurs; parenchyme pulmonaire aéré et anémié. Rate hypertrophiée. Quelques petites ecchymoses sous la séreuse du foie. Vésicule biliaire distendue par un liquide ayant la consistance du goudron et une teinte vert foncé. Reins de volume normal et de coloration foncée, uniforme dans les coupes; capsules très-adhérentes. Striation fine, rosée, de la substance pyramidale. Au microscope, le plus grand nombre des canalicules des deux substances du rein est obstrué par des globules rouges; en revanche, les glomérules sont en général libres. Muqueuse stomacale ardoisée ainsi que la face externe des intestins. Muqueuse de l'intestin grêle et du côlon tuméfiée, rouge sombre et hypérémiée. Ganglions mésentériques légèrement volumineux. Un peu d'œdème cérébral.

L'analyse chimique fit reconnaître la présence de l'arsenic non-seulement dans le zinc employé, mais encore dans l'urine de tous les malades; en outre on en trouva des traces dans le cerveau, le sang et la bile de celui qui a succombé.

Un dernier fait à noter; c'est que chez les 3 Italiens qui ont guéri, la convalescence ne s'est pas accompagnée de la faiblesse prolongée qui a été signalée dans d'autres observations (*R. S. M.*, II, 277). J. B.

Der Bleigehalt der Schnupftabakshüllen (Le plomb contenu dans les feuilles d'étain servant à envelopper le tabac à priser), par REINHARD (*Viertelj. f gericht. Med. u. œff. Sanit., nouv. série, XXVIII, p. 392, avril* 1878).

Les États du Zollverein, par une convention du 15 mars 1865, ont proscrit l'emploi du plomb et de l'étain qui en renferme, pour l'empaquetage et la conservation du tabac à priser.

D'autre part, l'étain commercial le plus pur, celui de Banca, contient des traces de plomb.

Le « collége médical » de Dresde a été chargé par le ministère de l'intérieur de la Saxe, de décider s'il y avait lieu de défendre l'empaquetage du tabac à priser, avec les feuilles d'étain qui ne renferment qu'une proportion insignifiante de plomb.

En se fondant sur ce qu'on n'a jamais vu survenir d'intoxication avec le tabac enveloppé dans des feuilles d'étain contenant jusqu'à 1 0/0 de plomb, et qu'en fait, aucune analyse n'a révélé la présence du plomb dans ce tabac, le collége médical de Dresde a déclaré qu'on pouvait tolérer l'usage des feuilles d'étain où la proportion de plomb reste au-dessous de ce chiffre. J. B.

Ein Fall mehrfacher Vergiftung durch kohlensauren Baryt (Empoisonnements accidentels multiples par le carbonate de baryte), par J.-J. REINCKE (de Hambourg) (*Viertelj. f. ger. Med. u. œff. San., nouv. série, XXVIII, pg* 249, *avril* 1878).

Le 29 mars 1874, une famille hambourgeoise célébrait le 68e anniversaire de la naissance de son chef; à 5 heures de l'après-midi on servit une tourte fondante dont tous les assistants mangèrent des parts égales; un canari en reçut un petit morceau et le chien une grosse portion. 5 minutes après, l'oiseau était mort sans qu'on eût remarqué chez lui aucun phénomène morbide. Le chien fut pris de vomissements et de diarrhée et le lendemain il laissait voir encore une grande faiblesse.

Tous les convives présents, savoir le père qu'on fêtait, la mère âgée de 58 ans, la fille âgée de 19 ans et une de ses amies âgée de 17, tombèrent malades dans l'espace du quart d'heure ou de la demi-heure qui suivit l'ingestion de la tourte. Les deux jeunes filles se trouvèrent mal les premières; elles pâlirent, se plaignirent d'un sentiment particulier de tension de la peau, puis elles eurent, avec violence, des vomissements et de la diarrhée. Bientôt après la mère présenta les mêmes accidents : il lui semblait qu'on lui épongeât le visage avec de l'eau bouillante. Le père n'éprouva tout d'abord qu'un malaise général. Il se refusa à boire du lait qui, pris en grande quantité par les 3 femmes, détermina chez elles une recrudescence de vomissements suivie d'un soulagement tel que dès le soir même il ne leur restait plus qu'une perte complète des forces qui persista encore le jour suivant et était surtout marquée dans les jambes.

Le père, après avoir souffert toute la soirée, se décida, à 10 heures seulement, à prendre du lait qui provoqua des vomissements profus; dans la nuit, vint s'y joindre de la diarrhée. Vers 4 heures du matin, s'étant levé, il tomba sur le sol, car ses jambes ne pouvaient le soutenir. Les vomissements et la diarrhée cessèrent, en même temps que se développait une paralysie à marche ascendante. A 10 heures du matin, il ne pouvait plus faire des mouvements qu'avec la tête.

Lorsque l'auteur vit le malade à 2 heures de l'après-midi, l'articulation de la parole était très-difficile et les mouvements volontaires des quatre membres étaient absolument perdus; la sensibilité et les mouvements réflexes étaient partout conservés; les sphincters ne paraissaient pas atteints; la respiration était un peu accélérée et l'on entendait un léger râle trachéal; le sensorium était parfaitement libre; il n'existait aucune douleur; la face était rouge, le pouls et la température normaux. La mort survint vers 9 heures du soir.

L'autopsie qui ne fut pratiquée que 60 heures après la mort, ne fournit que peu de résultats, parce que la décomposition était déjà avancée. On nota toutefois une teinte remarquablement foncée de la substance grise du cerveau et l'intégrité de la muqueuse des voies digestives.

A titre d'expérimentation, on fit manger à plusieurs oiseaux de la tourte empoisonnée. Au bout de quelques minutes, on les vit chanceler sur leurs pattes, puis leurs ailes leur refusèrent service et ils tombèrent morts sur le dos après quelques instants; chez quelques-uns la paralysie n'atteignit pas simultanément les deux moitiés du corps. Un chien à qui l'on fit manger 20 grammes de la tourte, présenta deux heures et demie plus tard, une violente diarrhée, mais il se rétablit.

On observa exactement les mêmes symptômes chez les oiseaux et chez le chien à qui l'on donna des échantillons de la farine qui avait servi à confectionner la tourte.

Cette farine analysée contenait 10 0/0 de carbonate de baryte et 0,3 0/0 de sulfate de la même base; la tourte renfermait 2,74 0/0 de carbonate et 0,43 0/0 de sulfate de baryte.

La présence de la baryte était incontestable dans la faible quantité (8 grammes) de matières retrouvées dans l'estomac du mort.

Des accidents analogues se produisirent le 6 et le 7 avril dans deux maisons différentes où des personnes avaient consommé des pâtisseries provenant d'un fabricant qui tirait sa farine du même marchand que le pâtissier qui avait vendu la tourte. Des quantités notables de carbonate de baryte furent également décelées dans ces pâtisseries. (*R. S. M.*, XI, 501). J. B.

THÉRAPEUTIQUE.

Facial Paralysis, with Remarks on the action of induced Currents and of interrupted voltaic Currents (Paralysie faciale : remarques sur l'action des courants induits et des courants voltaïques interrompus), par Walter SMITH (*The Dublin Journ. of. med. sc., p.* 125, *février* 1878).

L'auteur, dans ce mémoire, passe en revue sept cas de paralysie faciale, due à des causes variées, et fait voir combien les effets de la galvanisation et de la faradisation, ont différé dans ces diverses observations. A ce propos, il étudie d'une façon approfondie la façon dont les muscles paralysés répondent aux excitants électriques.

Sous ce rapport, Smith divise les paralysies faciales en trois catégories :

1° Les cas où l'irritabilité musculaire est à peine troublée sous l'in-

fluence des courants induits et des courants voltaïques. Ceux-ci comportent un pronostic bénin, en rapport avec l'absence de modifications structurales importantes de la fibre musculaire ;

2° Les cas (les plus fréquents), où l'irritabilité musculaire à l'égard des courants faradiques est notablement altérée, et même détruite, tandis que la contractilité galvanique persiste et augmente quelquefois.

Dans les nerfs, l'excitabilité faradique et galvanique disparaît d'ordinaire et l'on peut suivre aisément les progrès de l'altération du tube nerveux. Lorsque ces phénomènes existent ils comportent un pronostic assez sérieux, et montrent que la paralysie durera des semaines et des mois.

Cette sorte d'écart entre la manière de réagir de la fibre musculaire a été expliquée par Erb et Niemeyer : cela tient à ce que les fibres musculaires ont perdu leur excitabilité pour des courants intenses de courte durée, alors qu'ils l'ont conservée pour des courants faibles, mais plus persistants.

Il y a plus : parfois les muscles paralysés répondent à des stimulants galvaniques trop faibles pour provoquer la moindre contraction sur les muscles correspondants du côté sain. L'explication réelle de ce fait paradoxal nous échappe.

Par contre, l'influence des interruptions lentes et courtes est considérable au point de vue de l'électrisation des muscles paralysés. Les courants induits à interruptions rapides sont sans effet, non plus que les courants voltaïques à interruptions également rapides. Au contraire, les courants voltaïques à interruptions lentes provoquent la contraction musculaire, et les courants induits à interruptions lentes *peuvent* la déterminer aussi, contrairement à ce que dit Onimus.

Les conclusions du mémoire sont consacrées exclusivement à un but thérapeutique, et surtout diagnostique. Il est facile de voir, en appliquant ces préceptes, que la recherche de la faradisation et de la galvanisation, est fort utile pour savoir le siége précis et l'origine exacte de la paralysie. H. RENDU.

Beitrag zum Nachweis schwacher Inductions-ströme (Mode de démonstration des courants d'induction faibles), par E. THORNER (*Centralbl. f. d. medicin. Wissensch., p.* 597, 1878).

Lorsqu'on interpose sur le trajet du courant de la spirale secondaire d'un appareil à traîneau de Du Bois-Reymond, un téléphone et un organe bon conducteur, comme la langue, qui apprécie des courants très-faibles, il vient un moment, quand on emploie un élément faible, avec une certaine longueur de traîneau et un certain écartement des bobines, où la langue ne perçoit plus rien. Alors, cependant, l'oreille, appliquée sur le téléphone, perçoit très-nettement chaque interruption et chaque fermeture du courant d'une façon synchrone avec les coups du marteau de Heff. Ce qui montre d'ailleurs qu'il ne s'agit pas d'une simple transmission des bruits de l'interrupteur, c'est que ceux-ci continuant après l'ouverture du circuit, l'oreille cesse de percevoir les sons qu'elle recevait du téléphone. Cet instrument pourrait donc être substitué aux appareils fort

compliqués dont on doit se servir, quand on veut démontrer le passage de courants trop faibles pour être appréciés par la langue. G. HOMOLLE.

On the Limitation of Fluid in the Food as an aid to the Treatment of serous Effusions (Du rationnement des boissons considéré comme un auxiliaire du traitement des épanchements séreux), par W. B. CHEADLE (*The Lancet*, 24 *novembre*, 1, 8 *et* 15 *décembre* 1877, *pp.* 758, 794, 838 *et* 877).

N'est-il pas illogique et nuisible de fournir à l'organisme une alimentation liquide abondante, lorsque nous cherchons en même temps à éliminer de ce même organisme le plus de liquide possible? Une telle pratique n'équivaut-elle pas à rendre d'une main ce que nous enlevons de l'autre? L'auteur, s'étant posé ces questions, a entrepris de les résoudre au moyen d'un contrôle direct. Que les anciens aient exagéré, en admettant que les fluides épanchés croissent en proportion des fluides ingérés, ce n'est pas une raison, pense-t-il, pour que des boissons abondantes passant, par absorption, du tube digestif dans le sang, ne gênent la résorption des épanchements intra-cavitaires. La proposition paraît, *à priori*, plus que raisonnable; mais ceux qui tendraient à en juger la démonstration superflue devraient se rappeler que Watson, l'un des plus éminents classiques anglais, regarde cette vue toute naturelle comme positivement démentie par l'expérience, et professe qu'on peut, sans imprudence, permettre aux patients de se désaltérer à discrétion. Pour élucider le problème, Cheadle en a étudié les éléments sur cinq malades atteints d'hydropisie d'origine cardiaque, d'épanchement pleurétique ordinaire, et, dans un cas, d'un épanchement ascitique de cause obscure terminé par la guérison. L'espace nous manque pour reproduire les observations et les réflexions qui accompagnent chacune d'elles, mais voici, en résumé, le caractère général de la méthode employée par le clinicien anglais : la quantité de boisson allouée chaque jour aux malades était, pendant plusieurs périodes alternatives, d'abord laissée à la discrétion des patients, puis contenue dans de certaines limites; en tenant un compte quotidien du volume de l'urine excrétée en vingt-quatre heures, de la thérapeutique mise en usage, et, accessoirement, du nombre des selles, il a été possible de réunir des matériaux de comparaison permettant d'apprécier l'influence du chiffre des liquides ingérés sur celui de l'urine excrétée. Basé sur ces données et sur divers éléments de discussion propres à chaque sujet, l'auteur, tout en regrettant de n'avoir point à sa disposition des faits plus nombreux, s'est cru autorisé à formuler les conclusions suivantes qu'il juge dignes, tout au moins, d'un examen contradictoire :

1° Dans les épanchements séreux, si la quantité du liquide ingéré comme boisson est peu abondante, un volume de liquide beaucoup plus considérable que celui-là peut être éliminé de l'organisme par la voie gastro-intestinale.

2° Bien que l'excès du liquide ainsi retiré de l'économie puisse être obtenu, dans une certaine mesure, aux dépens des autres sécrétions ou du sang, la diminution simultanée des accumulations hydropiques et l'absence de toute source d'où proviendrait ce liquide montrent qu'il doit venir surtout des épanchements.

3° Le rapport de l'élimination urinaire aux liquides ingérés a toujours été plus considérable quand le chiffre des boissons est tombé au-dessous de vingt onces; ladite élimination a même été en raison inverse des boissons consommées.

4° La plus active élimination, c'est-à-dire le plus grand excès de l'excrétion sur l'ingestion, a eu lieu constamment sous l'influence de la digitale.

5° La réduction de l'élimination urinaire brute a toujours été proportionnellement inférieure à la réduction correspondante du liquide introduit dans l'économie, et, inversement, l'augmentation de l'urine a toujours été au-dessous de l'accroissement correspondant des boissons. Il n'est donc pas exact que l'eau soit le meilleur des diurétiques. Toutefois, de nouvelles expériences touchant l'effet des diurétiques, notamment de la digitale, administrés concurremment à des boissons abondantes, sont encore nécessaires à l'élucidation de ce point particulier.

6° Chose digne de remarque, la soif n'a causé qu'une souffrance insignifiante, aisément combattue par quelques gouttes acides.

7° La réduction des boissons peut être utilement jointe au traitement des hydropisies passives, ou des épanchements inflammatoires, quand le stade aigu est passé. Dans le cas d'acuité avec fièvre, pareille réduction serait probablement mal tolérée. Il y aurait lieu d'hésiter à la prescrire dans une affection rénale grave, sauf avec de grandes précautions et une incessante surveillance de l'effet produit sur l'excrétion brute de l'urée.

P. GINGEOT.

Du régime lacté dans les maladies, par DEBOVE
(*Th. d'agrég.*, *Paris*, 1878).

Après un historique complet de la question, l'auteur donne avec détail la composition chimique des différents laits (femme, ânesse, chèvre, jument, vache) dont l'emploi peut être justiciable de certaines indications spéciales, car la diversité de composition chimique produit des effets physiologiques différents que M. le professeur Gubler résume ainsi : « le lait de vache est le plus rafraîchissant, le lait de chèvre « ou de brebis le plus nourrissant, le lait d'ânesse le plus léger. »

Ces différents laits peuvent être prescrits de diverses façons : tantôt ordonnés à l'exclusion de tout autre aliment ou de toute autre médication, tantôt associés à d'autres substances; le régime lacté peut être pur, ou, en d'autres termes, exclusif, mitigé ou mixte.

Les conditions qui doivent régler le mode d'emploi du lait (aliment complet, contenant tous les principes immédiats des tissus, renfermant à la fois des matières azotées et des matières non azotées, ainsi que les principes minéraux qui entrent dans la constitution de l'organisme) sont discutées dans trois chapitres dans lesquels l'auteur étudie successivement et avec soin le régime lacté :

1° Dans les maladies où le lait paraît principalement indiqué par sa facile digestibilité;

2° Dans les maladies où le lait paraît agir principalement en modifiant la nutrition;

3° Dans les maladies où le lait paraît spécialement indiqué par son action.

L'auteur nous paraît avoir pleinement atteint le but qu'il se proposait : démontrer que le lait est un des moyens d'action les plus précieux dont dispose la thérapeutique et, ce faisant, « engager les médecins « à employer plus souvent une médication d'une utilité aussi in- « contestable et à laquelle, peut-être, on recourrait davantage si, au lieu « d'être constituée par un aliment usuel, elle l'était par une substance « sortant d'une officine. »

L. LANDOUZY.

Du mercure; action physiologique et thérapeutique, par HALLOPEAU (*Thèse d'agrégation en méd., Paris*, 1878).

Ce travail est divisé en trois parties. La première comprend l'historique ; de nombreuses citations tirées des syphiliographes anciens, rendent ce chapitre fort intéressant à consulter. La seconde est consacrée à l'étude de l'action physiologique du mercure ; l'auteur résume d'abord les données assez incertaines que l'on possède sur le mode d'absorption et sur le mode d'élimination de ce corps et de ses composés chimiques, sur son séjour et son accumulation dans l'organisme. Il aborde ensuite l'examen de ses différents modes d'action : le mercure exerce une action locale, quelquefois très-irritante, sur les tissus (peau, muqueuse digestive), avec lesquels il est mis directement en contact, et une action générale sur le sang et sur les viscères. Cette dernière varie avec la quantité de mercure absorbé; à faibles doses, le mercure agit comme tonique et reconstituant, il augmente le nombre des globules rouges du sang et il n'a pas d'influence appréciable sur la production de l'urée (expériences inédites de M. Couty) ; ce n'est donc point un dénutritif, un antiplastique. Il produit cependant, au bout d'un certain temps d'administration, un état anémique particulier que M. Hallopeau désigne sous le nom de mercurialisme léger. A hautes doses, le mercure détermine des accidents graves (mercurialisme intense) : dans la forme aiguë, on observe la stomatite et autres troubles digestifs, des éruptions cutanées, l'albuminurie et l'anurie (Bouchard), une cachexie particulière et une altération du sang analogue à celle de l'urémie; la forme chronique (intoxication professionnelle) s'accompagne surtout des phénomènes nerveux, tremblement, convulsions, paralysie. Tels sont les effets toxiques du mercure sur l'homme ; mais ce n'est pas tout : les expériences de Spallanzani, de Saussure, de Boussingault sur les plantes, celles de M. Hallopeau sur les germes végétaux, celles de Gaspard sur les œufs des oiseaux et des insectes, celles de M. Chauveau (inédites), sur le virus vaccin, démontrent que le mercure détruit tout ce qui est vivant, qu'il arrête tous les phénomènes de la vie.

Dans la troisième partie de son travail, M. Hallopeau s'occupe de l'action thérapeutique du mercure. L'action locale de ce médicament est utilisée comme toxique dans les affections parasitaires ; comme substitutive et irritante dans les affections de la peau, des yeux et du tube digestif; enfin comme caustique. Son action générale est utilisée comme antiphlogistique dans la plupart des phlegmasies ; comme altérante dans les maladies générales. L'auteur étudie particulièrement l'influence du

mercure dans les maladies infectieuses : fièvre typhoïde, variole, diphthérie, syphilis. A propos de cette dernière, il admet que le mercure s'attaque non-seulement aux manifestations de la syphilis, mais au virus lui-même ; et ce n'est point par sa propriété antiplastique qu'il agirait, ce serait par une action propre ; d'après M. Hallopeau, le mercure serait l'antidote de la syphilis, il détruirait le germe syphilitique. Tel est le contenu de cette importante monographie, qui se termine par un formulaire comprenant toutes les préparations mercurielles, et par un index bibliographique très-complet. TROISIER.

Ernährung durch Klystiere von Fleischpepton (Alimentation au moyen des lavements de peptone de viande), par JESSEN (*Centralbl. f. d. medicin. Wissensch.*, *p.* 612, 1878).

Un aliéné de 40 ans, très-vigoureux, refusait toute nourriture ; on tenta de l'alimenter avec les lavements de peptone. On fit usage de produit préparé par le Dr Sanders et, d'une façon transitoire, de la peptone de Leube. On donnait chaque jour deux lavements composés de 3 cuillerées à bouche de peptone étendue dans 11 cuillerées d'eau, ce qui équivalait environ à 270 grammes de viande. A l'exception d'une petite quantité d'eau au début et de quelques aliments, acceptés à trois reprises, le malade ne reçut durant 35 jours aucune autre alimentation. Les urines, pendant ce temps, étaient peu abondantes et sédimenteuses ; les selles rares, mais normales ; la langue était couverte d'un léger enduit, l'haleine était un peu fétide.

Le fait démontre que la peptone était absorbée et que la vie a pu être entretenue longtemps, toutefois les quantités injectées étaient trop petites pour maintenir le poids du corps ; le malade maigrit notablement. Apathique et inactif pendant tout le temps que dura l'alimentation artificielle, il commença à se mouvoir quand l'appétit lui revint.

Il semble douteux que l'on puisse au moyen des peptones seules entretenir la nutrition et conserver le poids du corps. Il serait, pour cela, nécessaire d'injecter chaque jour au moins 1 kilogramme de peptone, ce qui représente un nombre considérable de lavements, qu'il faudrait administrer à un malade rebelle. D'ailleurs les expériences faites sur les animaux sont peu encourageantes. G. HOMOLLE.

Do valor therapeutico das injeccoes hydricas subcutaneas (De la valeur thérapeutique des injections hydriques sous-cutanées), par MONCORVO (*Brochure de 40 pages, Rio de Janeiro*, 1878).

Les vingt-cinq observations qui servent de base à ce travail sont divisées en cinq catégories : névralgies, myalgies, rhumatisme articulaire, hystérie. Dans tous ces cas les injections sous-cutanées d'eau pure ont produit un effet immédiat et durable.

L'auteur, atteint lui-même d'une colique néphrétique très-violente obtint par ce moyen le calme de ses souffrances. Les injections doivent avoir la température ambiante (45°F) autrement elles sont douloureuses, l'eau à 0° produit surtout des douleurs atroces. Enfin, Moncorvo a employé l'aquapuncture avant d'appliquer les vésicatoires, pour empêcher

les douleurs que ceux-ci produisent; le nombre des injections se calcule, dans ce cas, d'après les dimensions du vésicatoire. En fait d'accidents, on n'a observé que la suppuration de la piqûre, et cela très-rarement.

MARCANO.

I solfato de conchinina nelle infezioni da malaria (Le sulfate de cinchonine dans l'infection paludéenne), par Paolo MACHIAVELLI (*Annali universali di medicina e chirurgia*, *avril* 1878).

Le Dr Paolo Machiavelli donne dans ce travail la statistique des résultats obtenus dans les services de santé militaires en Italie, dans le traitement de l'infection paludéenne par le sulfate de cinchonine. Ces chiffres sont tout à fait en faveur de l'action de ce sel, qui aurait donné des résultats aussi satisfaisants que le sulfate de quinine. 851 malades ont été traités pour divers accidents : 724 ont été guéris, 85 améliorés, 42 sont morts.

Dans un appendice, l'auteur rappelle l'action du sulfate de cinchonine sur les fibres lisses de l'utérus et son usage avantageux dans les hémorrhagies. Il en a obtenu de bons effets dans sept cas, et il rapporte une observation dans laquelle on voit ce médicament arrêter une hémorrhagie grave survenue pendant une grossesse, vers le quatrième ou cinquième mois.

F. BALZER.

Ueber den Verlauf eines Falles von Intermittens unter der Wirkung des Pilocarpin (Évolution d'un cas de fièvre intermittente sous l'influence de la pilocarpine), par K. ROKITANSKY (*Medizin. Jahrbücher*, *Heft* 2, 1878).

L'auteur a cherché comment la pilocarpine, dont on connaît les propriétés diaphorétiques et sialagogues, modifierait une fièvre intermittente, et agirait en particulier dans le stade de froid.

Le sujet de l'expérience est un homme de 22 ans; il a été atteint en janvier 1876, pour la première fois d'une fièvre double quotidienne, que le sulfate de quinine a fait cesser. En mai 1876, la fièvre a recommencé sous une nouvelle forme, le type quarte, pour durer jusqu'au mois d'août de la même année. La troisième attaque est survenue en janvier 1877, et a persisté sans interruption jusqu'au mois de juillet. En septembre 1877, le malade est atteint pour la quatrième fois et se présente en novembre à l'hôpital avec des accès de fièvre quarte survenant d'une façon régulière à 2 heures de l'après-midi et se terminant à 8 heures du soir.

Le 24 novembre à midi 25 minutes, au début d'un paroxysme, l'expérimentateur injecte au malade une seringue de Pravaz contenant une solution de pilocarpine au 200e. Cinq minutes après, le malade éprouve une sensation de chaleur et commence à saliver abondamment, bientôt la transpiration s'établit. Au bout d'un quart d'heure il éprouve un ténesme vésical douloureux, 80 puls. 37°. A partir de ce moment, la sécrétion salivaire diminue progressivement, elle ne cesse que 3 heures après le début de l'accès, tandis que la transpiration a cessé à la fin de la seconde heure. Le paroxysme n'a cette fois qu'une durée totale de 3 heures. Dans la dernière demi-heure la température a atteint 39°,7. P. 88.

Le 27 novembre, l'accès attendu fait défaut.

Le 30 novembre, à 1 heure de l'après-midi, se manifestent les prodromes de l'accès. A 1 h. 48 min. on injecte une seringue de la même solution de pilocarpine au 1/200. Au bout de 6 minutes la salivation commence, au bout de 9 minutes, le visage se couvre de sueur. La salivation d'abord très-abondante, diminue plus vite que dans la première expérience, elle ne cesse complétement qu'à la fin de l'accès qui dure 3 heures comme le précédent. La transpiration a cessé 1 heure et demie après l'injection. La température n'a pas dépassé 37°,1. Le pouls a atteint 74 avec 36°,8 au moment où tout le corps, à l'exception des pieds et des mains, s'est couvert de sueur, 20 minutes après l'injection.

Dans ces 2 expériences, le malade a perdu des quantités de sueur presque égales, 700 grammes la première fois, 717 grammes la seconde. La perte de salive a été dans la première expérience de 315 grammes avec 245 grammes d'urine, dans la seconde de 215 grammes avec 382 grammes d'urine. La somme des pertes a donc peu varié.

Jusqu'au 15 décembre 1877, date de la sortie du malade, les accès n'ont plus reparu. La rate qui était volumineuse au moment de son entrée à l'hôpital, a notablement diminué de volume. L. GALLIARD.

De l'emploi du myrtol ou essence de myrte, principalement dans les maladies des voies respiratoires et génito-urinaires, par CHARLAT LINARIX (*Thèse doct. n° 362) Paris, 1878.*)

Les propriétés thérapeutiques du myrtol présentent la plus grande analogie avec celles des balsamiques, l'eucalyptus, le santal citrin, la térébenthine, le goudron. C'est un désinfectant et un anticatarrhal. M. Charlat l'a employé dans les bronchites chroniques fétides, à la dose de 0,60 par jour ; il a obtenu une diminution notable dans la quantité et l'odeur de l'expectoration. A trop forte dose, l'élimination du myrtol peut produire une irritation de la muqueuse bronchique et aggraver les phénomènes locaux. Mêmes avantages dans les catarrhes bronchiques tuberculeux. L'essence de myrte serait encore utile dans la cystite, surtout dans sa période aiguë, dans la blennorrhagie aiguë et chronique.

TROISIER.

The treatment of heat apoplexy with Ergot (Traitement du coup de chaleur par l'ergot de seigle, par Robert DEDRICKSON (*The Dublin Journ. of med. sc., p. 285, oct. 1878*).

Au mois de juillet 1878, la chaleur était excessive à Calcutta, et le thermomètre s'éleva une fois jusqu'à 103° Fahr. à l'ombre. L'auteur, frappé de l'extrême fréquence et de la gravité des cas de coup de chaleur, eut recours à l'ergot de seigle dont il obtint de bons résultats.

Le premier fait a trait à un matelot qui, envoyé à terre, avait marché près d'une heure au soleil, et avait été pris de violentes douleurs à la tête et vers le rachis. Presque immédiatement il dut se coucher, et devint rapidement comateux (pouls rapide, violent et désordonné, pupilles dilatées, chaleur excessive de la peau). L'auteur fit appliquer de la glace à la nuque et sur la tête, et prescrivit, à prendre toutes les heures, quinze minimes d'extrait liquide d'ergot de seigle, associés à trois minimes de teinture d'aconit. Assez rapidement, le pouls tomba, la température

s'abaissa, la peau devint moins sèche ; mais la céphalée persista. Au bout de quelques jours, la guérison était complète.

Peu après un nouveau fait se représenta. C'était encore un marin anglais, qui s'était promené au soleil pendant la grosse chaleur, avec un petit chapeau noir, et à son retour sur le bâtiment était tombé dans le coma le plus absolu. Le même traitement fut administré. Au bout de quelques minutes d'application de la glace, il commenca à pouvoir avaler ; il put alors prendre la potion d'ergotine, cette fois sans aconit. La guérison se produisit aussi rapidement.

Dans d'autres circonstances, où le coup de chaleur était moins intense, caractérisé seulement par la suppression de la transpiration, la céphalalgie et la rachialgie, l'ergot de seigle se montra constamment efficace.

Dans les cas graves avec coma, l'auteur conseille les injections hypodermiques d'ergotine, comme on emploie celles de quinine dans les fièvres pernicieuses. H. RENDU.

Injections sous-cutanées d'acide sclérotinique dans l'hémoptysie, par ZIEMSSEN (*Deutsch. med. Wochenschrif.*, *n°* 34, 1878).

L'acide sclérotinique a été extrait, comme on le sait, par Dragendorff, du seigle ergoté. Ziemssen a eu l'idée de l'employer en injections sous-cutanées contre l'hémoptysie ; il se sert d'une solution composée de une partie d'acide pour vingt-cinq parties d'eau distillée et il injecte la valeur de deux ou trois seringues de Pravaz, dans les 24 heures. D'après ses observations ; les effets seraient plus sûrs qu'avec l'ergotine. A. C.

Traitement de la coqueluche par la teinture de Drosera, par LOUVET-LAMARE (de Saint-Germain-en-Laye) (*Journal de thérapeutique*, *n°* 10, 1878).

L'auteur, contrairement à l'opinion de Trousseau qui recommandait l'usage des vomitifs répétés à la 1re période de la coqueluche pense avec MM. Roger et Barthez que l'usage ou plutôt l'abus de ces vomitifs peut enlever les forces et l'appétit au début d'une maladie longue. Il recommande au début l'emploi de la teinture de bryone qui, à la dose quotidienne de 1 gramme pour un enfant de 7 ans, diminue la violence de la toux, stimule l'appétit à titre d'amer, et a l'avantage de ne pas provoquer de nausées comme le kermès ou l'oxyde blanc d'antimoine. La bryone n'abrège sans doute pas la durée de cette 1re période, mais elle diminue la trachéo-bronchite qui, à ce moment, en est la seule manifestation morbide appréciable.

Les vomitifs ne seront indiqués, suivant les conseils de Roger et Barthez que dans le cas où les mucosités s'accumulent dans les bronches.

A la seconde période, quand l'élément quinte s'accentue, la teinture de drosera à la dose quotidienne de 1 gramme pour un enfant de 7 ans, modère la maladie et produit les meilleurs effets. Cette plante s'adressant à l'élément quinte, il faut lui associer la bryone jusqu'à ce qu'on n'entende plus de râle dans la poitrine.

Ce qui prouve que la drosera agit sur l'élément nerveux de la coque-

luche, c'est son efficacité réelle contre la toux spasmodique de certaines bronchites ou même de la phthisie, c'est son absence d'action dans la laryngite ou laryngo-trachéite, causant une voix pénible, déchirante, non quinteuse.

Si la drosera est donné au début de la seconde période, celle-ci diminue de longueur et d'intensité; si elle est donnée à la fin, elle peut guérir en peu de jours une coqueluche des plus pénibles. Tous ces résultats ont du reste été confirmés par Axenfeld et Damaschino.

La teinture de drosera qui n'est pas toxique peut être donnée à forte dose sans inconvénient; l'auteur en a fait prendre 10 grammes à un enfant de 7 ans, sans le moindre accident. Cependant, il est inutile d'atteindre cette dose qui ne paraît pas avoir une action plus active que celle de 1 à 5 grammes.

M. Louvet-Lamare parle ensuite d'une complication difficile à diagnostiquer, parcequ'elle s'accompagne de signes physiques peu accentués; il s'agit d'une inflammation limitée à la partie inférieure du pharynx, au larynx et s'étendant probablement à la partie supérieure de la trachée. Le thermomètre monte à 38°,5 ou 39, la toux quinteuse devient plus déchirante, et cependant on ne trouve rien dans la poitrine. Dans ce cas l'auteur s'est bien trouvé de l'emploi du chlorhydrate d'ammoniaque à la dose de 0,50 cent. pour un enfant de 7 ans. HENRI HUCHARD

Des Droseras et de leur emploi en thérapeutique, par VIGIER (*Bull. gén. de Thér., t. CXV, p.* 23).

La drosera ou rorelle, employée par les médecins du siècle dernier contre les toux quinteuses et la phthisie, avait pour ainsi dire été rayée de la matière médicale, lorsque M. Curie, en 1860, expérimenta cette plante au point de vue thérapeutique; M. Vigier, qui s'était chargé de la lui fournir, donne le moyen de préparer l'alcoolature de drosera et indique les effets obtenus par M. Curie avec ce médicament, à la dose de 10 à 15 grammes par jour. Dans la phthisie, les résultats ont été nuls. Depuis lors, la drosera a été employée contre la coqueluche, mais également sans grand succès. (*Voy.* dans le même journal, p. 42, une discussion sur ce sujet, à la Société de thérapeutique.) TROISIER.

The use of digitalis in disease of the aortic valves (De l'emploi de la digitale dans les maladies de l'orifice aortique), par J. MILNER-FOTTHERGILL (*Brit. med. Journ., p.* 519, 13 *oct.* 1877).

Voici les conclusions de ce travail :

1° La digitale est utile dans le rétrécissement aortique. En excitant la fibre musculaire du cœur, elle favorise l'issue d'une quantité suffisante de sang par l'orifice rétréci.

2° Au début de l'insuffisance aortique, elle est plutôt nuisible qu'utile.

3° A une période avancée de l'insuffisance, quand la fibre cardiaque est affaiblie, l'emploi de la digitale peut parfois être indiqué.

A. GOUGUENHEIM.

Ueber die Wirkung des Neurins bei Diphtheritis (De l'action de la neurine sur la Diphthérie), par E. LUDWIG (*Centralblatt f. Med. Wissenschf.*, n° 12, *p.* 208 1877).

Après les expériences montrant l'action dissolvante incontestable sur les albuminoïdes et les propriétés antiseptiques de la neurine, l'auteur eut l'idée de l'appliquer au traitement local de la diphthérie.

Un certain nombre de médecins firent des essais à l'aide de cette substance à l'hôpital des enfants du prince Rudolph. Dans des cas graves une solution aqueuse à 3,4 0/0 appliquée toutes les 2 heures sur les plaques diphthériques a fait disparaître les fausses membranes, et tomber toute l'inflammation en même temps que l'état général du malade s'améliorait. Des résultats semblables ont été obtenus à l'aide de l'oxyde hydraté de tétraméthylammonium et de tetraéthylammonium. Le docteur J. Mauthner doit faire sur ce point une prochaine communication.

E. SCHWARTZ.

The Relief obtained by the use of nitrite of Amyl in two cases of Hydrophobia (Soulagement obtenu par l'emploi du nitrite d'amyle dans deux cas de rage, par W. S. FORBES (*American Journal of med. sc., avril* 1878).

Le nitrite d'amyle, donné en inhalation, procura aux malades dans les deux cas, un soulagement très-marqué, sans paraître pourtant retarder la terminaison fatale; mais le pouls se ralentit, la respiration devint calme et régulière, la sensation de constriction pharyngienne disparut complétement, et les malades purent avaler des boissons et des aliments ; ils purent dormir. La mort survint dans les deux cas pendant une attaque convulsive.

A. S.

Des propriétés antifermentatives de l'acide borique et de ses applications à la thérapeutique, par G. POLLI (*Paris, in* 8°, *chez Delahaye*, 1877).

Le professeur G. Polli, de Florence, poursuit depuis plusieurs années l'étude des fermentations morbides et des agents capables de les détruire. Après avoir été conduit, par des recherches antérieures, à étudier l'effet des sulfites alcalins, il s'adresse aujourd'hui à un autre agent antifermentatif, l'acide borique et les borates alcalins. Des expériences nombreuses faites sur des liquides fermentescibles, tels que la bière, le lait, l'albumine, lui ont démontré que l'addition d'une petite quantité d'acide borique empêchait absolument toute décomposition acide ou putride, et depuis lors, ce procédé est devenu usuel pour conserver le lait pendant les fortes chaleurs à Florence. Les mêmes résultats s'obtiennent pour l'urine : des urines normales traitées par l'acide borique, se sont maintenues limpides et sans odeur pendant 20 et 30 jours en été : des urines de diabétiques se sont comportées de même.

Enfin, de la viande plongée dans une solution d'acide borique pendant 24 heures, puis laissée à l'air libre, se déssécha sans contracter aucune

mauvaise odeur, tandisque des morceaux non traités de cette façon subissaient la fermentation putride.

Le fait expérimental est donc démontré, bien que l'explication des vertus antifermentatives du borax soit encore à découvrir. D'après les recherches de Polli, l'acide borique, malgré sa faible solubilité (1 partie pour 50 à froid) est plus actif au point de vue antiseptique que le borate de soude, lequel est cependant infiniment plus soluble (1 pour 12).

Les applications cliniques des préparations à base d'acide borique sont nombreuses, et à *priori* l'auteur italien pense que cet agent peut rendre des services dans toutes les maladies zymotiques. La tolérance de l'estomac pour le médicament est d'ailleurs considérable, car des expériences faites par le docteur Capelli ont montré que des sujets ont pris jusqu'à 4 grammes d'acide borique par jour pendant trois semaines sans en être incommodés. Ce médicament passe en nature dans l'urine et ne paraît subir aucune décomposition en traversant l'économie.

On peut donc croire, comme l'ont du reste prouvé quelques observations cliniques, que cette médication trouvera son emploi dans la cystite chronique et dans tous les cas où les urines deviennent spontanément ammoniacales. L'auteur cite des faits où le pansement de plaies ulcéreuses avec de la charpie imprégnée d'acide borique, fut rapidement suivi de succès : il l'a employé en injections uréthrales dans la blennorrhagie et s'en est bien trouvé : enfin, il l'a plusieurs fois administré dans les fièvres intermittentes, et sans l'assimiler à la quinine, il le considère comme un utile auxiliaire de ce précieux médicament. C'est dans tous les cas un agent facile à administrer, et qui mérite d'être étudié de plus près. H. RENDU.

Note sur la ciguë et son alcaloïde comparés au bromhydrate de conine ; action de ces substances sur l'homme, par H. MOURRUT (*Soc. de biol.*, 2 *février* 1878).

Conclusions :

La conine n'est pas un poison aussi violent qu'on l'a supposé longtemps.

Elle doit être rejetée de la matière médicale.

On peut la remplacer avantageusement par un sel stable, défini, toujours identique à lui-même, et possédant toutes les propriétés toxiques et médicamenteuses de l'alcaloïde pur.

Le bromhydrate de conine peut prendre rang parmi les médicaments.

Le bromhydrate de conine peut rendre de grands services dans certaines affections nerveuses, telles que la toux convulsive et la coqueluche. Contre cette dernière affection, il a été prescrit avec succès à la dose de 8 centigrammes (on avait commencé par 2 centigrammes), chez une petite fille de 8 ans ; M. Audhoui l'a donné sans inconvénient à des enfants de quelques mois, à la dose de 12 et 15 milligrammes (V. *R.S. M.*, VIII, 552). L. G. R.

Die Curmittel Kreuznachs in ihrer physikalischen und physiologisch-chemischen Bedeutung (Les moyens de cure à Kreuznach appréciés par leurs effets physiques et physiologico-chimiques, par C. A. WIMMER (*Berlin. klin. Wochens. n° 16, p. 228 et n° 17, p. 241, 22 et 29 avril* 1878).

L'eau-mère dont on additionne souvent les bains à Kreuznach, pour en augmenter l'énergie, est très-riche en chlorure de calcium ; or ce sel est un irritant de la peau bien plus puissant que le chlorure de sodium, ainsi qu'il résulte des expériences de l'auteur. D'ailleurs, à côté du chlorure de calcium dont elle contient 75 0/0, l'eau-mère renferme encore d'autres chlorures : ceux de potassium (9 0/0), de sodium (8 0/0) et de magnésium (7 0/0) ; en revanche l'iode (iodure de magnésium) et le brome (bromure de magnésium) n'y sont représentés que dans des proportions véritablement insignifiantes.

D'autre part, le chlorure de calcium est aussi un des principaux sels contenus dans la source Elisa qui est employée en boisson par les baigneurs.

Comme ses effets sur l'organisme sont complétement inconnus, Wimmer s'est résolu à les étudier sur lui-même, en se soumettant à un régime régulier, à des pesées exactes, et à l'ingestion de chlorure de calcium, aux doses successives de 50 centigrammes, de 1 gramme et de 1 gr. 50. Il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° A doses relativement faibles, mais prolongées, le chlorure de calcium favorise les processus d'oxydation et provoque de la diurèse ;

2° A dose plus considérable il ralentit la digestion et l'absorption.

On trouvera dans l'original les plus amples détails sur ces expériences.

Quant à la quantité d'iode (0,0009 d'iodure de magnésium dans 10,000 parties d'eau) contenue dans la source Elisa, elle est trop petite pour entrer en ligne de compte au point de vue des effets thérapeutiques de cette eau.

Se basant sur ses expériences, Wimmer a eu l'idée de traiter par le chlorure de calcium 4 goîtres parenchymateux, 2 adénites inguinales chroniques d'origine syphilitique, un testicule syphilitique et une ascite cardiaque ; il a obtenu de cette médication de très-bons résultats.

Les quatre goîtreux avaient fait usage inutilement six mois durant, de toutes les préparations iodées possibles, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur. Wimmer leur ordonna avec succès un gramme de chlorure de calcium dans 125 grammes d'eau en quatre fois ; en même temps, il leur faisait appliquer sur leurs tumeurs, deux ou trois fois par jour, durant une demi-heure ou une heure, des compresses imbibées d'une solution tiède au 1/25 de la même substance. J. B.

Therapeutische Mittheilungen aus Wiener Kinder-Poliklinik (Communications thérapeutiques de l'hôpital des Enfants de Vienne), par L. FLEISCHMANN (*Œsterr. Jahrbuch. für Paediatrik, t. VIII, p.* 109, *année* 1877).

I. *Pilules contre le tænia.* — L'auteur insiste au début de son travail sur la fréquence toujours croissante du tænia chez les enfants, qui es

due à la mauvaise habitude qu'ont prise les parents, à l'instigation des médecins, de mettre les enfants débiles au régime de la viande crue. Il passe en revue les principaux tænifuges employés de nos jours et les résultats thérapeutiques qu'il a retirés de leur emploi à l'hôpital des enfants de Vienne. De tous les tænifuges, celui qui s'est montré le plus efficace, c'est l'extrait d'écorces fraîches de grenadier, sous forme de pilules, contenant chacune 0 gr. 6. La dose chez les enfants était de 20 à 40 pilules pour une cure. D'après l'auteur, l'écorce de grenadier semble exercer une action spécifique sur les organes, à l'aide desquels le parasite se fixe sur la muqueuse intestinale.

Pour que le médicament ait toute son efficacité, il faut que les écorces soient fraîches et cueillies autant que possible au printemps, lorsque l'arbuste est dans toute sa séve.

Voici d'ailleurs comment Fleischmann a l'habitude de procéder. Le matin à jeun, le petit malade boit un bol de lait. Une demi-heure plus tard il ingère les premières pilules. Si le médicament provoque des nausées et des vomissements, on fera boire au malade du thé ou de la limonade tiède. Puis à des intervalles d'une demi-heure, 20 autres pilules sont administrées en deux fois. On conserve 10 pilules en réserve pour le cas où une partie du médicament serait rendue par les vomissements. Vers l'heure de midi, on fait prendre à l'enfant un léger purgatif (10 grammes d'huile de ricin dans du bouillon), et généralement quelques heures plus tard le ver est rendu en totalité. Sur 10 cas dans lesquels l'auteur eut recours à cette médication, il ne compte pas un seul insuccès.

II. *Injections d'acide phénique contre le prurigo.* — L'auteur vante beaucoup contre le prurigo l'emploi d'injections sous-cutanées d'une solution à 2 0/0 d'acide phénique. Au début, il injecte sous la peau la moitié, plus tard la totalité du contenu d'une seringue de Pravaz, de dimensions ordinaires. Les injections sont pratiquées aux points de la peau où les démangeaisons sont les plus vives. Leur nombre doit être réglé sur la gravité du mal et en particulier sur l'intensité des démangeaisons.

Dans les cas cités par Fleischmann, le nombre total des injections varia de 3 à 15; il pratiquait en moyenne une injection tous les deux ou trois jours. Le soulagement, suivi plus tard d'une guérison parfaite, ne ne se fit jamais attendre bien longtemps. Dans aucun cas, l'auteur n'a vu des abcès se développer au niveau des piqûres.

III. *Pommade à l'acide salicylique contre l'eczéma.*— S'il faut en croire Fleischmann, l'acide salicylique, en application externe sur la peau, serait supérieur à tous les moyens topiques employés jusqu'à ce jour contre l'eczéma. L'auteur fait usage d'une pommade contenant 2 gr. 5 d'acide salicylique pour 35 grammes d'un corps gras, et qu'il applique sur les surfaces de la peau qui sont le siége de la sécrétion morbide. Après un certain nombre de poussées desquamatives, la peau reprend bientôt son aspect normal. L'emploi de cette pommade n'a d'autre mouvement que de déterminer une légère douleur au lieu d'application.

F. LABADIE-LAGRAVE.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

De l'Ictère.

I. — Leçons cliniques sur les maladies du foie, par Ch. MURCHISON. Traduit de l'anglais par Jules Cyr (*Paris, chez Delahaye*, 1878).

II. — Des ictères chroniques, par Joseph STRAUS (*Thèse d'agrégation*, 1878).

III. — Concomitance des affections du foie et des reins, en particulier dans l'ictère, par E. DECAUDIN (*Thèse de Paris*, 1878).

IV. — Exposé des principales théories de l'ictère grave, par POIGNÉ (*Thèse de Paris*, 1877).

V. — De l'ictère hémaphéique principalement au point de vue clinique, par L. DREYFUS-BRISAC (*Thèse de Paris*, 1878).

VI. — Article FOIE. par RENDU (*Dict. encyclop. des sciences médicales*, 1877).

VII. — An examination of the opinions held as to the causes of Jaundice, par WICKHAM LEGG (*S. Bartholomew's hosp. Reports. XII, p.* 23, 1876).

VIII. — Zur Behandlung des Icterus catarrhalis, par Ed. KRULL (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1877, *p.* 159).

IX. — Remarks on the functions on the liver in jaundice par J. WICKHAM LEGG (*Brit. med. journ.*, 26 *août* 1876, *p.* 263).

X. — Ueber die Niere beim Icterus, par J. MÖBIUS (*Archiv der Heilkunde. I, p.* 83, 1876).

XI. — Contribution à l'étude anatomique des différentes formes de cirrhose du foie, par CHARCOT et GOMBAULT (*Arch. de physiologie normale et pathologique, n°* 5, *page* 433, 1876).

XII. — Un cas d'hépatite consécutive à l'arrêt d'un calcul dans le canal cholédoque, par DU CASTEL (*Arch. génér. de méd., sept.* 1876).

XIII. — Wie lange kann ein Mensch leben, bei völligem Verschluss der Gallenwege nach den Darm? (De la durée possible des ictères chroniques) par J. HERTZ (*Berlin. klin. Wochenshr., p.* 76, 91, 1877).

XIV. — Oblitération complète du canal cystique avec ictère, par FOSSION (*Bulletin de l'Acad. roy. de Belgique, n°* 1, 1877).

L'histoire de l'ictère en général, et particulièrement celle des ictères chroniques, s'est enrichie récemment d'un certain nombre de travaux recommandables, dont quelques-uns excellents. Nous allons tâcher de mettre en relief le côté original et nouveau de ces diverses publications.

On ne saurait plus admettre aujourd'hui que la coloration jaune de la peau implique nécessairement le passage de la bile dans le sang, et par suite l'existence d'une affection du foie. Bien peu de cliniciens, actuellement, contestent la réalité des ictères qui surviennent en dehors des maladies des voies biliaires et qui se rattachent à des états généraux. En sorte que depuis les recherches fécondes de M. le professeur Gubler, on tend de plus en plus à grouper les ictères en deux catégories principales, les ictères vrais ou biliphéiques, et les ictères faux ou hémaphéiques.

Il y a longtemps, sans doute, que cette distinction existait en germe parmi les médecins, et Wickham Legg, qui a étudié avec soin ce point de doctrine, prend soin de nous rappeler que Bianchi admettait des jaunisses produites par dissolution du sang, celles, par exemple, qui succèdent à la morsure des vipères. Saunders, également, relatant certaines expériences de Fourcroy et de Vauquelin « sur un mélange aqueux de sang qui offrait une partie des réactions de la bile » avait émis l'hypothèse que le sang peut parfois s'altérer et donner lieu à une imprégnation ictérique des tissus. Plus tard, Breschet revint sur cette idée à l'occasion de l'ictère des nouveau-nés, qu'il regarda comme hématogène. Mais avant M. Gubler, personne n'avait rassemblé ces faits épars pour les coordonner en un corps de doctrine.

En 1857, à l'occasion de la coloration ictérique des saturnins, la théorie de l'hémaphéisme fut explicitement exposée. Pour M. Gubler, la matière colorante des globules du sang désorganisés se répand dans l'organisme, au lieu de se transformer dans le foie en pigment biliaire : de là une imprégnation des téguments et des viscères par une matière colorante très-analogue, sinon identique, à celle de la bile. Ces idées furent confirmées indirectement par des preuves chimiques et physiologiques. Les chimistes démontrèrent l'identité presque absolue de l'hématoïdine et des pigments biliaires : les anatomistes firent voir que les vieux kystes hydatiques se recouvraient de dépôts ocreux d'hématoïdine d'origine biliaire, faussement attribués jusque-là à des épanchements sanguins : Habran prouva expérimentalement que la bile injectée dans le tissu cellulaire se résout ultérieurement en dépôts de pigment et d'hématoïdine. Enfin, par un autre procédé, on a vu qu'en détruisant rapidement les globules du sang chez un animal, on déterminait artificiellement chez lui un véritable ictère : par exemple, en injectant dans le sang de petites quantités d'éther, de chloroforme ou de phosphore.

Théoriquement donc, on peut admettre que les pigments colorés du sang se diffusent dans les tissus et y déterminent une sorte d'ictère. C'est à ces pigments, qui se produisent à l'état pathologique et qui dérivent de l'hémoglobine incomplétement élaborée, que M. Gubler donne le nom d'hémaphéine : l'hémaphéisme est le résultat de l'accumulation de ces matières colorantes (quelles qu'elles soient chimiquement) dans le sérum sanguin.

Ceci posé, en présence d'urines hémaphéiques, on peut affirmer que des globules sanguins, en plus ou moins grand nombre, ont été détruits, et que le pigment qui les constituait a passé dans l'urine. Or, ceci se produit, comme nous l'avons déjà expliqué ailleurs (Art. Foie, p. 680) dans deux circonstances tout à fait différentes.

Premièrement, le foie est l'organe primitivement souffrant : il a perdu son aptitude fonctionnelle à transformer en pigment biliaire le pigment sanguin. Ce pigment, non utilisé et réduit à l'état de corps étranger inerte, est repris par le rein qui l'élimine : les urines deviennent hémaphéiques. Ici, l'hémaphéisme signifiera réellement perte de la fonction du foie, momentanée ou définitive, ce que les Anglais appellent fort justement la torpeur hépatique.

Inversement, toutes les fois que sous l'influence de la fièvre ou d'un état général grave, les globules du sang subissent une destruction rapide, l'hémaphéisme apparaît, alors même que le foie n'a subi aucune modification structurale. C'est ce qui arrive dans les phlegmasies franches, dans la plupart des pyrexies, dans les toxhémies : l'hémaphéisme est relatif, par opposition à l'hémaphéisme absolu dû à l'insuffisance du fonctionnement hépatique. Réduite à ces termes, la théorie de l'hémaphéisme trouve journellement son application clinique, et c'est ce que vient de montrer, dans un excellent travail, M. Dreyfus-Brisac. Revenant, avec plus de détails que ses devanciers, sur les caractères distinctifs des deux formes d'ictère, il montre que par l'acide nitrique l'urine hémaphéique se teint en brun, au lieu de la coloration verte classique de l'urine bilieuse : par l'iode, elle n'offre point de réaction : par l'éther et le chloroforme, elle devient jaune rougeâtre, au lieu d'affecter l'aspect jaune vif du pigment biliaire.

Symptomatiquement, les différences ne sont pas moindres. A la place de la coloration citrine de l'ictère franc, les téguments sont presque toujours d'un jaune pâle chez les hémaphéiques : le prurit manque, le pouls n'est point ralenti, les garde-robes, au lieu d'être décolorées, restent le plus souvent brunes, très-rarement pâlies, jamais argileuses. En un mot, il est toujours assez facile de reconnaître au lit du malade à quelle variété de jaunisse on a affaire.

Cette catégorie d'ictères d'origine sanguine est loin d'être rare, et M. Dreyfus-Brisac en fournit de nombreux exemples. Les saturnins dans les formes aiguës de l'empoisonnement, en sont presque invariablement atteints : les pneumoniques, les alcooliques, les rhumatisants quelquefois, se comportent de même : très-vraisemblablement les formes graves de l'intoxication palustre, la fièvre jaune, les fièvres bilieuses des pays chauds, s'accompagnent de ce syndrome pathologique. D'ailleurs l'existence de l'hémaphéisme n'est nullement incompatible avec la présence d'un ictère bilieux, et l'un des chapitres les plus intéressants du travail de M. Dreyfus a trait précisément à ces cas mixtes, dans lesquels on voit les urines prendre les caractères de l'hémaphéisme après avoir été franchement bilieuses, témoignant ainsi des troubles fonctionnels du foie qui persistent après la disparition de l'obstruction biliaire.

Le Dr Murchison, dans ses importantes leçons sur les maladies du foie, admet la réalité de l'ictère hématique, et il reconnaît même (*loc. cit.*, p. 331) que c'est la variété la plus commune en pratique. Mais il adopte une interprétation différente de celle de M. Gubler. Pour lui, il faut tenir compte de l'échange incessant qui s'établit entre le liquide contenu dans l'intestin et le sang : en sorte que ce dernier liquide est constamment en contact intime avec les sécrétions intestinales, et notamment avec la bile. C'est dans le cours de cette circulation osmotique que les principes con-

stituants de la bile sont empruntés au sang et transformés. Dans les conditions normales, la totalité de la bile absorbée est transformée de suite, de sorte qu'on n'en peut trouver de trace dans le sang ni dans l'urine. Mais dans certains états morbides, la bile absorbée ne subirait pas ses transformations normales, elle circulerait alors dans le sang, et imprégnerait la peau et les tissus. Si séduisante que soit cette théorie, elle n'explique nullement pourquoi les réactions chimiques de l'urine ictérique sont alors différentes dans les deux cas, puisque c'est toujours la bile en nature qui dans l'hypothèse de Murchison, se mélange au sang.

Beaucoup mieux déterminées sont les causes des ictères chroniques : ceux-ci, presque toujours, dépendent d'un obstacle à l'écoulement de la bile, et leur genèse est bien connue. Tandis que l'hémaphéisme est d'ordinaire un état passager, la présence permanente d'urines bilieuses implique nécessairement l'idée d'une gêne mécanique de la sécrétion. Comme le dit fort justement M. Straus, la constatation d'une jaunisse chronique est presque synonyme de rétention biliaire : or, comme il s'agit toujours d'une imprégnation générale qui atteint à la fois les téguments et les viscères, il s'ensuit que la notion de toxhémie est inséparable de celle de l'ictère.

Quelle que soit la cause de l'arrêt du liquide biliaire, qu'il s'agisse d'un calcul, d'un rétrécissement cicatriciel (faits de Bristowe et de Marot) d'un cancer du pancréas ou des voies biliaires, d'une angiocholite profonde ou d'une tumeur avoisinant le hile du foie, les conséquences de la rétention biliaire seront toujours les mêmes et les symptômes qu'elle détermine sont actuellement bien connus.

L'imprégnation des téguments par la bile se traduit, non-seulement par la coloration toute spéciale qu'ils présentent, mais par les troubles fonctionnels qu'ils provoquent et les éruptions dont ils deviennent le siége. Dans les ictères chroniques, comme on le sait, la peau est d'un jaune sombre, tirant sur le vert olivâtre : à la longue, cette teinte foncée s'accentue de plus en plus, au point de mériter le nom d'ictère noir que lui avaient donné les anciens pathologistes. C'est qu'en effet, il se produit dans l'épaisseur du derme non-seulement un dépôt de pigment biliaire, mais une exagération de la pigmentation normale du réseau de Malpighi, résultat de l'irritation sourde des cellules dermiques. Ces phénomènes d'irritation cutanée se traduisent par un symptôme parfois d'une ténacité insupportable, le prurit, avec toutes ses conséquences. Aussi les éruptions de prurigo sont-elles très-fréquentes, et Graves ainsi que Tilbury Fox ont vu se développer sous la même influence des poussées d'urticaire.

Mais l'altération cutanée la plus curieuse est bien certainement l'éruption spéciale que l'on a décrite en Angleterre sous le non de xanthelasma ou vitiligoïdea, et sur laquelle dans ces dernières années de nombreux travaux ont été publiés (voyez Addison et Gull. in Guy's hosp. Rep., 1851 ; Hebra et Kaposi, Wynne Foot, Pye Smith, etc.). Sans revenir sur les caractères détaillés de cette dermatose, rappelons qu'elle est ordinairement limitée aux paupières, beaucoup plus rarement généralisée au cou et aux membres. Elle se présente cliniquement sous deux formes : des plaques jaunâtres constituées par des macules isolées (*xanth. planum*)

et des nodosités plus ou moins volumineuses, élastiques, de consistance pseudo-cartilagineuse (xanth. tuberosum). Les muqueuses et les séreuses elles-mêmes peuvent en être atteintes, ainsi que le prouvent certaines observations de Pye Smith et de Moxon : Wickham Legg en a signalé la présence sur le péritoine périrectal (Trans. of the path. Soc. of Lond., 1871). Ce qui est remarquable, au point de vue qui nous occupe, c'est que le xanthelasma paraît bien être sous la dépendance de l'ictère, plutôt que de l'affection hépatique dont la jaunisse est l'expression. Car, si l'on a signalé parfois son existence chez des individus non ictériques, jamais on ne l'a trouvé généralisé, sauf dans les cas d'ictère, et particulièrement d'ictère de longue date (faits de Frank Smith, de Pye Smith, d'Hilton Fagge, de Wynne Foot). Tout récemment, dans une leçon inédite, M. le professeur Potain insistait sur cette association presque constante de l'ictère et du xanthelasma généralisé.

La diffusion de la bile chez les ictériques ne se fait pas seulement sentir sur la peau ; elle pénètre plus profondément, dans l'épaisseur des viscères. Le foie, le cœur et les reins subissent particulièrement sa fâcheuse influence.

Le foie, tout d'abord, éprouve par le fait de l'ictère chronique, des modifications qui portent en premier lieu sur ses fonctions physiologiques, et secondairement sur sa trame organique. Les désordres fonctionnels hépatiques liés à l'ictère ont été soigneusement décrits en Angleterre, d'abord dans l'œuvre magistrale de Murchison (Voy. *R. S. M.*, V, 133, 1875) puis, plus récemment par Wickham Legg. D'après ce dernier auteur, dont le travail est basé simultanément sur l'expérimentation et l'observation clinique, la fonction glycogénique du foie est amoindrie, ce dont on peut s'assurer après la ligature du canal cholédoque (Von Wittich).

La piqûre du 4e ventricule, après cette opération, ne détermine plus de glycosurie. Mais si le fait expérimental est vrai, peut-être serait-il téméraire d'en appliquer les conséquences à la clinique, car on sait, depuis Cl. Bernard, que tout traumatisme grave suffit pour supprimer la production du sucre dans le foie, et la ligature du conduit cholédoque est une opération fort sérieuse. Aussi croyons-nous devoir faire des réserves au point de vue de cette influence pathogénique de l'ictère.

En second lieu, on a invoqué depuis Meissner, la diminution de l'urée comme un désordre fonctionnel constant dans l'ictère chronique. Mais ici encore, les données cliniques sont fort contradictoires. Wickham Legg prétend que loin d'être diminuée, l'élimination de l'urée est plutôt augmentée chez les ictériques de vieille date, et pourtant d'autres faits, publiés dans le travail de M. Brouardel, montrent une suppression presque complète de l'urée dans le cours de certains ictères chroniques. Il est probable que ces divergences s'expliquent par l'état des fonctions digestives, qui chez quelques malades demeurent parfaitement intactes alors que chez d'autres elles sont profondément altérées. Les modifications du régime et de l'alimentation, au point de vue de l'excrétion de l'urée, ont en effet une importance capitale sur laquelle nous avons insisté ailleurs et qui doivent entrer fortement en ligne de compte dans l'appréciation des symptômes de l'ictère.

Les autres phénomènes cliniques déduits de la physiologie expérimen-

tale n'ont guère plus de valeur, quand on les applique à l'ictère chronique. Ainsi Wickham Legg, liant le conduit cholédoque à des animaux, trouve, 48 heures après l'opération, la température du sang de la veine cave plus basse que celle du rectum. Rapprochant ce fait des faibles températures observées chez les ictériques, il est tenté d'y voir une conséquence de l'ictère. Mais qui ne sait qu'après les grands traumatismes, surtout quand ils intéressent l'abdomen et le péritoine, la température générale s'abaisse au point d'amener souvent le collapsus ? L'influence de l'opération nous paraît encore ici bien supérieure à celle de l'ictère : et ce qui le prouve, c'est que dans les cas où les animaux survivent plusieurs jours au traumatisme, on ne retrouve plus cette réfrigération du sang de la veine cave.

On le voit donc ; jusqu'ici, l'expérimentation nous apprend peu de chose sur les désordres fonctionnels que la rétention de la bile fait subir au foie : et les seuls symptômes bien constants, connus d'ailleurs de tout temps, sont les troubles gastro-intestinaux qu'entraîne pour la digestion duodénale l'absence du liquide biliaire. Mais, si les altérations de la fonction glycogénique et de l'hémopoièse ne sont pas aisément démontrables, il est certain néanmoins qu'elles se produisent à la longue, puisque des modifications structurales profondes se développent dans le parenchyme hépatique.

Ces altérations de structure sont maintenant bien connues, depuis les travaux expérimentaux de Wickham Legg, et les recherches confirmatives de MM. Charcot, Gombault, Chambard, etc., en France. L'histoire de la cirrhose hypertrophique est la démonstration clinique la plus évidente de cette fâcheuse influence de l'ictère chronique sur le tissu du foie. Sans aborder en détail l'anatomie pathologique de cette affection, ce qui comporterait des développements trop considérables, rappelons en quelques mots les résultats expérimentaux, qui donnent une idée fort exacte de ce processus.

Après la ligature du canal cholédoque, sous l'influence de la stagnation de la bile, on voit, au bout de quelques jours les canalicules périlobulaires se dilater, les espaces conjonctifs interlobulaires s'agrandir, une véritable inflammation s'établir autour des canalicules biliaires ectasiés, et cette périangiocholite donner lieu successivement à l'éclosion de cellules embryonnaires, puis de fibres conjonctives véritables. C'est donc une sclérose qui se crée de toutes pièces, au pourtour des acini hépatiques, et qui ultérieurement empiète sur l'intérieur même du lobule, en se substituant graduellement au tissu propre du foie. Cette sclérose expérimentale ressemble donc singulièrement à celle que l'on observe dans la cirrhose hypertrophique, c'est la sclérose insulaire et unilobulaire de M. le professeur Charcot. La réalité clinique de ce processus est du reste confirmée par une observation fort concluante de M. Du Castel, dans laquelle on voit un calcul biliaire enclavé dans le canal cholédoque, donner lieu à un ictère chronique, et où l'autopsie montra une angiocholite généralisée avec sclérose périlobulaire consécutive.

Après le foie, le cœur est l'un des organes qui paraît subir le plus directement l'influence toxique de la bile ; et cela de deux manières : d'abord, par un trouble fonctionnel qui consiste dans une modification de rhythme : ensuite par une véritable altération organique. Il semble

donc y avoir pour le cœur comme pour le foie, deux étapes dans l'intoxication biliaire.

Le ralentissement de la circulation cardiaque est le premier phénomène qui traduise l'imprégnation chronique de l'économie par la bile, et le mélange de ce liquide avec le sang. Ce ralentissement est-il la conséquence de l'action du liquide biliaire sur le centre bulbaire, sur le pneumogastrique ou sur les ganglions nerveux intracardiaques? Il est difficile actuellement de le dire. Ce que l'on peut affirmer, c'est que la clinique et l'expérimentation sont d'accord pour constater la réalité de ce ralentissement du pouls. Signalé tout d'abord par M. Bouillaud, il a été depuis vérifié par tout le monde : rien n'est plus fréquent que de voir les pulsations tomber à 60, 50, 40 par minute : Frerichs même les a vues, une fois descendre à 21 et 28. D'autre part, Röhrig, Feltz et Ritter ont montré par leurs expériences, que l'injection de bile dans le sang, et particulièrement l'injection des acides biliaires, était suivie d'un ralentissement presque immédiat du pouls chez les animaux ; et cela ce semble, indépendamment de l'état de la tension artérielle (Straus). Rappelons incidemment que ces mêmes acides biliaires sont un des dissolvants les plus actifs des globules sanguins, et qu'il est rationnel de rattacher à leur diffusion dans le sang les hémorrhagies si fréquentes chez les malades ictériques depuis longtemps, quelle que soit la cause de leur ictère.

A ces désordres fonctionnels ne se borne pas l'action de la bile sur le cœur : il peut se faire, à la longue des altérations structurales du muscle cardiaque. C'est ici qu'il convient de parler du souffle cardiaque des ictériques, mentionné explicitement dès 1871 dans le mémoire d'Olivier sur la cirrhose hypertrophique, mais décrit spécialement pour la première fois en 1876 dans la thèse de Gangolphe (*R. S. M.*, VII, 585).

Ce souffle est très-discuté, et les opinions sur sa nature et sa signification sont contradictoires. M. Gangolphe le décrit comme ayant son maximum à la pointe du cœur, au foyer des bruits mitraux ; il est le plus souvent doux, mais susceptible de se propager assez loin vers l'aisselle : aussi cet auteur le considère-t-il comme symptomatique d'une insuffisance mitrale passagère, résultant d'une parésie momentanée du muscle cardiaque et d'une distension en quelque sorte passive, de la cavité ventriculaire gauche. D'après M. Potain, qui de son côté connaît depuis longtemps le souffle des ictériques, il s'agirait au contraire d'une insuffisance tricuspidienne; et cet éminent clinicien a pu vérifier le fait directement au moyen de tracés cardiographiques chez un malade dont M. Stráus rapporte l'histoire (p. 111). En pareil cas, l'augmentation de volume du cœur est réelle et paraît bien sous l'influence de l'affection hépatique : mais elle porte de préférence sur le cœur droit ; c'est plutôt une dilatation ventriculaire qu'une véritable hypertrophie. Les signes cliniques qui peuvent faire soupçonner cette variété de cardiopathie sont les suivants : augmentation de la matité transversale du cœur avec déviation de la pointe en dehors : accentuation du 2e bruit pulmonaire, au niveau du 2e espace intercostal gauche : enfin et surtout, bruit de galop présystolique, analogue à celui de l'hypertrophie cardiaque d'origine rénale, avec cette différence que le maximum du bruit se perçoit vers l'épigastre, ou même à droite du sternum, au lieu de siéger au-dessus de la pointe du cœur.

Ainsi, du fait de l'ictère, et en vertu d'un mécanisme encore obscur, qui paraît se rattacher à des modifications circulatoires pulmonaires, il se produit à la longue des altérations de structure du cœur droit, lesquelles peuvent devenir l'origine d'une parésie du muscle cardiaque. Comme pour le foie, les effets toxiques de la bile se traduisent d'abord par des troubles fonctionnels, puis par une déchéance de l'organe.

Il en est de même des reins, et leurs altérations chez les ictériques constituent un des côtés les plus nouveaux et les plus importants de l'histoire du syndrome ictère. Longtemps on a cru que ces organes ne subissaient aucune altération appréciable, et en effet cette opinion semblait justifiée lorsque l'on voyait des malades atteints de jaunisse pendant des mois et même des années sans éprouver des altérations notables de la santé. Les urines étaient seulement foncées, chargées de pigment biliaire, d'ailleurs en apparence normales. Aujourd'hui encore, malgré les récents travaux publiés sur la matière, on ne saurait être explicite au sujet des troubles fonctionnels d'origine rénale chez les ictériques. Les chiffres donnés par Vogel, Kölliker, Leyden et Wickham Legg, concernant la quantité des urines éliminées en 24 heures, sont loin d'être concordants, ce qui d'ailleurs dépend surtout des quantités de boissons variables ingérées par les malades. Ce que l'on sait, c'est que chez les animaux dont les reins sont sains, la ligature des conduits biliaires s'accompagne de polyurie (W. Legg); d'autre part, Feltz et Ritter ont observé qu'après l'injection dans les veines d'une certaine quantité de bilirubine, la quantité d'urine augmente. On peut donc en inférer qu'au début de l'ictère, les reins exagèrent leur fonctionnement, et suppléent à l'insuffisance de la dépuration hépatique.

En est-il de même à une période avancée de l'ictère? Les données anatomiques et les faits cliniques permettent de répondre par la négative. Frerichs a depuis longtemps montré que dans les formes chroniques et intenses de l'ictère, les reins sont complétement imprégnés par la matière colorante de la bile. Au microscope, on constate aisément que les canalicules flexueux sont comme injectés de pigment brun ou verdâtre, et que même les canaux excréteurs des pyramides sont souvent obstrués par des grains d'origine biliaire. L'accumulation de ces dépôts ne saurait évidemment se faire longtemps sans provoquer des lésions parenchymateuses plus profondes. Or, c'est en effet ce que l'on constate. Julius Möbius, dans un travail intéressant, a montré que l'altération épithéliale se produit tout d'abord dans les cellules des tubes contournés, alors que les glomérules sont encore indemnes : plus tard, l'épithélium devient indistinct et se résout en un amas de détritus granuleux, en même temps que sur d'autres points se voient des cylindres hyalins d'exsudat, plus ou moins colorés par le pigment biliaire. Budd et Johnson en Angleterre, Virchow et Nothnagel en Allemagne, ont signalé dans l'urine des ictériques la présence de cellules épithéliales et de cylindres pigmentés : M. Gubler a constaté, dans l'ictère grave, la fréquence des cylindres granulo-graisseux, tout comme dans le mal de Bright le plus légitime.

La réalité anatomique des lésions du rein chez les ictériques est donc prouvée : or, il n'est pas téméraire de tirer de cette notion des conséquences cliniques d'une haute valeur. Il y a longtemps, en effet, que l'on a signalé, dans les formes malignes d'ictère grave, la diminution

presque totale des urines, tout comme dans l'intoxication phosphorée; et dans les faits d'ictère chronique terminés par la mort au milieu des symptômes de l'ictère pernicieux, on trouve notée, chez presque tous les malades, l'anurie comme symptôme final. D'autre part, dans les cas trop rares où l'ictère grave a paru guérir, l'amélioration a toujours coïncidé avec le retour des urines, et souvent avec une diurèse très-abondante (faits de Brouardel, Hervouët, Grelleyt-Bosviel, etc.). On peut donc logiquement conclure, au point de vue de la seule clinique, que la disparition des urines en cas d'ictère, comporte un pronostic d'une haute gravité, et que bien avant, la présence de l'albuminurie doit déjà inspirer de vives inquiétudes. Inversement, la constatation d'urines ictériques, en quantité et en qualité normales, permettra de porter un pronostic relativement favorable.

La portée théorique de ces faits n'est pas moins considérable. Tous les médecins savent, aujourd'hui, que l'ictère grave n'est pas toujours une maladie définie, imputable à ce que Frerichs a décrit sous le nom d'atrophie jaune aiguë du foie.

Tous les ictères chroniques peuvent, à un moment donné, se transformer en ictère grave, et l'apparition de ces accidents toxiques a soulevé une foule d'interprétations différentes. Or, les altérations du rein que nous venons de signaler expliquent peut-être en partie l'irruption de ces complications soudaines; nous avons développé ailleurs cette idée : « Le foie et le rein, disions-nous (*loc. cit.*, p. 756) ont à remplir un rôle connexe : tous deux sont des organes dépurateurs destinés à se suppléer mutuellement. Ce que le foie n'utilise pas pour la sécrétion biliaire, le rein l'élimine par les urines : par ces deux voies principales se fait la dépuration organique. L'une d'elles vient-elle à manquer, on conçoit à la rigueur que l'équilibre puisse se maintenir; il est forcément rompu si toutes deux sont simultanément supprimées. Or, c'est ce qui se passe dans la plupart des cas d'ictère grave. Le jour où le rein cesse de fonctionner, éclatent les accidents nerveux: rien d'étonnant, dès lors, s'ils empruntent une partie des traits du tableau de l'urémie, puisque l'intoxication est double, et qu'elle est dûe à la rétention de tous les matériaux de désassimilation destinés à être éliminés par l'intestin et par les urines. »

Cette conception de l'ictère grave vient de trouver sa confirmation dans le très-intéressant travail de M. Decaudin. Reprenant l'histoire de l'ictère grave à ce point de vue spécial, il a pu établir, par des observations personnelles et des recherches bibliographiques nombreuses, la réalité des lésions dégénératives de l'épithélium rénal, et la gravité des complications imputables à cette origine. Pour lui, la lésion des reins dans l'ictère grave n'est pas la lésion type de la néphrite parenchymateuse, mais elle y confine : la congestion rénale, la dégénérescence des tubes, les infarctus biliaires, les cylindres hyalins et granuleux en font foi. Aussi, dit-il, « n'est-ce pas l'urémie classique que l'on observe, et nous n'avons que quelques signes importants pour la soupçonner : mais tels qu'ils sont, ils suffisent parfois à faire affirmer que l'émonctoire est atteint, qu'il fonctionne mal, que le filtre retient au-dessus de lui des produits imparfaitement élaborés, viciés, charriés par un sang qui a traversé un foie profondément altéré. » (*Loc. cit.*, p. 111).

Telles sont les principales notions qui ressortent des travaux récents dont nous venons de donner une courte analyse. Il resterait encore à montrer plus complétement qu'on ne l'a fait jusqu'ici, en quoi l'ictère chronique modifie la constitution du sang, l'état des centres nerveux, quel retentissement il exerce sur les autres sécrétions glandulaires ; mais sur tous ces points, les données véritablement scientifiques font presque entièrement défaut. Tel qu'il est, cet aperçu suffit à démontrer que l'ictère, lorsqu'il devient chronique, n'est plus seulement un symptôme, et que c'est à lui seul une maladie. H. RENDU.

Leçons cliniques sur les maladies du foie, par Ch. MURCHISON (Traduction sur la 2e édition anglaise), par CYR (1 *vol. in-8 de 650 pages, Ad. Delahaye, éd.* 1878).

Sous ce titre, le Dr Cyr vient de nous donner la traduction de deux ouvrages depuis longtemps classiques en Angleterre, et qui font autorité de l'autre côté du détroit, sur tout ce qui concerne la pathologie du foie.

La première partie, la seule qui réponde au titre primitif de l'ouvrage anglais, comprend une série de chapitres afférents à la séméiologie de l'appareil hépatique, et vise surtout aux moyens d'éviter les erreurs dans l'exploration physique du foie. C'est donc avant tout un traité pratique, où se trouve clairement résumée l'expérience de l'auteur, un des premiers cliniciens de l'Angleterre. Ainsi, les dimensions de la glande et les moyens d'apprécier son volume constituent le chapitre 1er de l'ouvrage : Murchison insiste sur les circonstances qui peuvent faire croire à une augmentation de volume qui n'existe pas, telles que malformations congénitales, rachitisme, habitude de se serrer étroitement, maladies de poitrine ou de l'abdomen, etc. Puis, après avoir éliminé ces pseudo-hypertrophies hépatiques, il passe en revue les véritables augmentations de volume, dues à l'infiltration amyloïde ou adipeuse de l'organe, aux tumeurs hydatiques, aux hépatites chroniques interstitielles. Ainsi, à propos d'un signe physique capital, se trouve pour ainsi dire passée en revue la plus grande partie de la pathologie du foie, puisque à ces altérations multiples il faut encore joindre le cancer et les tumeurs diverses qui peuvent affecter l'organe hépatique.

Par un procédé d'analyse semblable, l'ictère, autre grand symptôme des maladies du foie, est envisagé à part, et successivement étudié, d'abord à titre de syndrome ayant en lui-même ses conséquences morbides, puis comme expression spéciale de lésions différentes.

Ainsi, tantôt il se rencontre à la suite d'une obstruction du canal cholédoque, tantôt, sans occlusion apparente des voies biliaires : de là deux groupes d'affections au fond très-différentes. Enfin, l'ascite est également une conséquence fréquente des maladies du foie, mais elle peut dépendre de causes multiples : une leçon tout entière est consacrée à la valeur séméiotique de l'épanchement intra-péritonéal.

La seconde partie de l'ouvrage, la plus intéressante pour nous parce qu'elle est moins bien connue, a trait aux troubles fonctionnels du foie. C'est le résumé, à peine amplifié, des leçons qui ont paru il y a quelques années dans les journaux anglais et dont la *Revue* a publié une analyse

détaillée. Nous ne saurions mieux faire que d'y renvoyer le lecteur (Voy. *R. S. M.*, IV, 500, 1874).

Contentons-nous de rappeler que c'est dans ces leçons que l'on trouve exposée pour la première fois d'une façon complète la théorie uropoiétique du foie, qui depuis a suscité tant de controverses et de travaux importants. Rappelons également tout ce qui a trait aux relations des affections du foie avec les troubles du système nerveux, avec les désordres circulatoires, les palpitations et les phénomènes d'arhythmie cardiaque, enfin avec les éruptions cutanées multiples qui paraissent souvent d'origine hépatique (urticaire, eczéma, xanthelasma, etc.); c'est dire assez que l'ouvrage de Murchison constitue un véritable traité de pathologie générale du foie, et complète sous ce rapport fort heureusement les lacunes du livre classique de Frerichs.

Nous ne saurions quitter cette rapide analyse sans mentionner les nombreuses notes qui ont été ajoutées par le Dr Cyr à la traduction anglaise. On y trouvera résumées succinctement, mais d'une façon claire et précise, toutes les données nouvelles ajoutées récemment à la pathologie hépatique. Nous citerons particulièrement les paragraphes relatifs à la cirrhose hypertrophique, aux fistules biliaires, à la production de l'urée par le foie, au traitement des tumeurs hydatiques par la ponction aspiratrice, etc. Grâce à ces additions, le livre de Murchison constitue un traité presque complet des maladies de l'appareil hépatique.

H. RENDU.

Clinical lecture on myxœdema (Leçon clinique sur le myxœdema) par WILLIAM ORD (*Brit. med. journ.* 11 *mai* 1878, *p.* 671).

Sous ce nom l'auteur décrit une affection assez bizarre, qui au point de vue extérieur rappelle la maladie de Bright; en effet, les malades (qui sont des femmes) ont la face et les mains enflées, ainsi que la peau du reste du corps, mais la sensation, au lieu d'être molle et pâteuse, est d'une dureté et d'une sécheresse très-notables; de plus, la pression des doigts n'y provoque pas l'apparition d'empreintes. La peau des mains et de la face, très-transparente, peut être parfois colorée d'une façon variable.

Cette maladie a pu être confondue avec le mal de Bright, en raison non-seulement de cet aspect extérieur, mais même des symptômes, analogues à ceux de l'urémie albuminurique, qui peuvent terminer la scène; mais on n'a jamais reconnu la présence de l'albumine dans l'urine.

Indépendamment de cette apparence extérieure, l'affection présente encore des symptômes nerveux, ayant une grande analogie avec ceux du crétinisme, et c'est là la raison pour laquelle sir William Gull, qui l'avait décrite sous le nom *d'état crétinoïde survenant chez des femmes adultes*, a paru attacher plus d'importance à ce dernier ordre de symptômes.

Ces malades en effet ont une expression de placidité remarquable; les traits de la face n'ont presque pas de mobilité, quelles que soient les impressions extérieures; la parole est lente et la voix monotone. Le

timbre de la voix est nasal et la parole entrecoupée par des bruits de déglutition, très-sonores. Si l'on examine la cavité buccale, on constate que le voile du palais, la langue et les joues sont enflés.

Les actes des malades sont très-lents, ils s'habillent avec lenteur et ils marchent péniblement en présentant un balancement tout particulier. Ils sont sujets à des chutes fréquentes et l'auteur semble croire que ce fait dépend de la désharmonie, qui existe entre l'action des fléchisseurs et celle des extenseurs ; mais il n'existe pas de paralysie véritable. Les actes intellectuels sont lents comme les actes physiques.

La santé générale est le plus souvent assez bonne.

C'est l'étude anatomo-pathologique de la peau et des parties molles œdématiées, qui a permis à l'auteur de donner à la maladie le nom de myxœdema, et qui lui a suggéré l'explication des signes de la maladie.

Cet examen a montré que le tissu connectif était tuméfié, ses fibrilles augmentées de volume, les espaces intercellulaires remplis d'une substance gélatineuse, et les noyaux des fibres du tissu conjonctif plus nombreux qu'ils ne le sont habituellement. Cette structure rappelle celle de certains tissus embryonnaires et en particulier du cordon ombilical (*gélatine de Wharton*).

Le tissu pathologique a été soumis à l'analyse chimique et on y a constaté l'existence de mucine en quantité énorme, tandis que l'analyse comparée du tissu œdématié des albuminuriques n'en a dévoilé que des traces.

Cette humeur gélatineuse envahit les corpuscules du tact, les filets nerveux les plus fins, et les glandes sudoripares, c'est ce qui, pour l'auteur, explique à la fois l'obtusion des sensations nerveuses et la sécheresse de la peau. Quand ce tissu gélatineux est excessif, on peut en raison de l'absence de perspiration, assister à des accidents analogues à ceux provoqués par l'application de vernis sur la peau des animaux. (*Expériences de Valentin et Eldenhuysen.*)

La même matière a été aussi constatée dans la plupart des viscères.

Cette lésion, les symptômes qu'elle semble engendrer ont engagé l'auteur à lui donner le nom de myxœdema.

Suivant ensuite quelques considérations diagnostiques ; Ord passe en revue les signes qui différentient cette affection de la maladie de Bright, du sclérème, et du crétinisme. Cette maladie est susceptible d'une durée de quelques années. A. GOUGUENHEIM.

De la pneumonie massive, par J. GRANCHER (*Gaz. méd. de Paris, n*os 48, 1877, *et* 1, 4 *et* 8, 1878).

Malade de 41 ans atteint de pneumonie et présentant des crachats caractéristiques. Cependant, les résultats de l'examen physique étaient en contradiction avec le diagnostic porté : dans les 3/4 inférieurs du poumon droit, en arrière, latéralement et en avant, matité absolue, respiration nulle, vibrations thoraciques nulles. Aussi, en présence de ces symptômes, le diagnostic fut-il modifié dans le sens d'une pleuro-pneumonie. Cependant l'auteur faisait encore des réserves, car les pleuro-pneumonies laissent ordinairement percevoir des signes mixtes : égophonie ou broncho-égophonie, souffle lointain, voilé ou tubaire, vibrations absentes à la base et présentes ou exagérées au-dessus de l'épanchement. Pour produire ces signes négatifs si

complets, il fallait sans doute que l'épanchement fût considérable, et la thoracentèse ne fut pas pratiquée en raison de la fièvre intense. Vers la fin de la maladie, alors que les phénomènes d'asphyxie étaient considérables, l'auteur pratiqua deux thoracentèses sans retirer de liquide et le malade mourut.

A l'autopsie, pas de liquide dans la plèvre, l'aiguille de l'aspirateur avait pénétré dans le poumon sans laisser de traces. Le poumon est hépatisé, lourd, volumineux; les bronches, ouvertes jusqu'au hile, sont remplies d'un moule fibrineux. Dans la partie de l'organe atteint tout le système aérien est réellement bouché par cet amas de fibrine qui était de couleur jaune sucre d'orge, élastique et fibrillaire.

La cause des phénomènes physiques anormaux s'explique ainsi par cette hépatisation *massive* qui a transformé deux lobes du poumon en un corps compacte, en chassant tout l'air qu'il contenait. Ainsi la matité absolue, l'absence de vibrations thoraciques, l'absence de murmure vésiculaire s'expliquent, dans ce cas de pneumonie massive, par l'imperméabilité totale des bronches. D'où l'on peut conclure que la perméabilité des canaux bronchiques est la condition *sine qua non* du souffle tubaire, de la bronchophonie, de l'augmentation des vibrations vocales dans la pneumonie vulgaire.

Ces faits de perversion dans les signes physiques ont été signalés sans doute par Hardy et Béhier, Valleix, Stokes. Grisolle est le seul auteur qui en ait soupçonné la cause. En Allemagne, certains auteurs décrivent ces cas sous le nom de bronchite croupale et laissent trop de côté la pneumonie. Le même reproche peut être adressé à Viedeman dans sa thèse inaugurale (Strasbourg, 1854) sur la bronchite fibrineuse. Enfin, tout dernièrement, Henrot, de Reims (*Bull. de la Soc. méd. de Reims*, 5 avril 1876), a rapporté une observation de « lymphorragie bronchique » ayant beaucoup d'analogie avec celle de Grancher.

Dans la pneumonie franche lobaire, les bronches de gros calibre sont libres, tandis que les bronchioles acineuses et lobulaires sont oblitérées par des exsudats fibrineux souvent expectorés, que Remak, Gubler et Grisolle ont bien étudiés. Il n'en est pas de même de la pneumonie massive qui se distingue anatomiquement de la pneumonie commune par l'existence de moules fibrineux dans les grosses bronches.

Grisolle pensait que ces moules bronchiques étaient des caillots sanguins décolorés. Erreur, car rien, ni dans l'examen anatomique, ni dans la symptomatologie n'autorise une pareille interprétation. Il n'y a pas hémorrhagie bronchique, mais exsudation, comme le témoignent l'absence complète de sang dans les bronches et la couleur même de la muqueuse qui n'a subi aucune imprégnation de matière colorante, et qui montre à peine des traces de congestion. L'exsudat fibrineux contenait des globules rouges et surtout de nombreux globules blancs émigrés des vaisseaux.

Ce moule fibrineux plein se distingue donc par ses caractères des concrétions bronchiques de la bronchite pseudo-membraneuse. Dans celle-ci, la fausse membrane, produit de sécrétion épithéliale, est blanche, tubuleuse, feuilletée, formée de mucus concret; dans la pneumonie massive, elle est pleine, jaunâtre, formée de fibrine.

La première est le résultat d'une inflammation chronique des glandes et épithéliums de la muqueuse bronchique; la seconde est, au contraire, le résultat d'une pneumonie lobaire subaiguë.

La distinction avec les cylindres *creux* de la diphthérie sera facile.

Dans la pneumonie massive, la surface de la muqueuse bronchique est intacte, les tuniques de la bronche sont saines, les capillaires sont turgescents. Or, on sait que dans les alvéoles pulmonaires l'exsudation fibrineuse se produit avant l'altération de l'épithélium ; il en est donc de même des bronches qui ne subissent que consécutivement des modifications de tissu.

Au point de vue des symptômes, il suffit de se rapporter à l'observation résumée au commencement de cet article. Parfois, comme dans le cas de M. Henrot, le malade réussit à expectorer, dans de violents accès de toux, des cylindres fibrineux, et subitement le tableau symptomatique est transformé, la respiration reparaît, et avec elle les symptômes d'une pneumonie commune.

Quand les fausses membranes se détachent et flottent dans le courant d'air inspiré et expiré, on peut entendre à l'auscultation un bruit de drapeau ou de clapotement. HENRI HUCHARD.

Observations de bronchite pseudo-membraneuse, par P. HENROT et DECÈS (*Bull. de la Soc. méd. de Reims*, 1876).

M. Henrot a décrit sous le nom de *leucocythorrhagie ou de lymphorrhagie bronchique* un fait qui se rapproche complétement de ceux que l'on connaît sous le nom de bronchite pseudo-membraneuse (*Voyez* en particulier le travail de P. Lucas-Championnière, *R. S. M.*, t. IX, p. 132). Ce fait a été observé dans le cours d'une pneumonie, et s'est caractérisé par une dyspnée intense, des quintes de toux et des accès de suffocation. On a signalé comme signes physiques particuliers du bruit de soupape, une absence du bruit respiratoire et une matité très-prononcée, mais transitoire (pendant 24 heures). M. Henrot insiste sur l'existence de ces deux derniers signes qui pourraient, dit-il, faire croire à une pleurésie, et il ajoute qu'avant de faire un thoracentèse, il faut toujours discuter la question de la « lymphorrhagie bronchique ». Mais la rareté de cette maladie et l'existence des autres signes ne permettent guère de commettre une erreur de diagnostic, qui semble d'ailleurs facile à éviter.

M. Decès a observé un fait analogue chez un enfant de 7 ans, atteint de pleurésie, et qui rendit à la suite d'accès de suffocation des sortes de fausses membranes. M. Langlet, qui les a examinées au microscope, les a trouvées constituées par une petite quantité de fibrine et de nombreux globules blancs. A. S.

Sur les hématozoaires chinois, par P. MANSON (*Extrait du Customs Gaz. — Med. Times and Gaz.*, *p.* 589, 1er *décembre* 1877).

De ses nombreuses observations, l'auteur conclut :

1° Qu'un grand nombre des habitants de la Chine sont atteints de la *filaria sanguinis hominis*. La proportion exacte est inconnue. D'après les observations de l'auteur, elle serait de 1 sur 13 ;

2° Que la filaria peut exister dans le sang d'un individu sans provoquer des phénomènes morbides ;

3° Que chez le même individu, la filaria peut exister à un moment et être absente à un autre ;

4° Que plus tôt ou plus tard elle est ordinairement associée à l'éléphantiasis ; elle a presque certainement des rapports avec cette affection.

5° Elle est quelquefois accompagnée d'un état morbide caractérisé par des accès fréquents de fièvre. J. B. H.

Maladies du système nerveux.

I. — Traité clinique des maladies du système nerveux, par M. ROSENTHAL, traduit de l'allemand sur la seconde édition, par LUBANSKI (*Paris, in-8 de 830 pages*, 1878).

II. — Maladies du système nerveux : leçons faites à la faculté de médecine de Montpellier, par J. GRASSET (2 *vol. in-8 de 630 pages*, 1878).

III. — Lectures on diseases of the nervous system, delivered at Guy's hospital, par Samuel WILKS (*London, in-8 de 472 pages*, 1878.)

Presque simultanément viennent de paraître trois grands ouvrages didactiques sur les maladies du système nerveux en Allemagne, en France et en Angleterre. Très-différents par le plan et les développements généraux qu'ils comportent, ces traités se ressentent, non-seulement de l'originalité individuelle de leurs auteurs, mais aussi de la diversité des races intellectuelles auxquelles ils appartiennent : aussi est-il intéressant de les comparer sous ce rapport.

I. — L'ouvrage de Rosenthal est depuis longtemps classique en Allemagne, mais la seconde édition qui vient d'être traduite en France par le Dr Lubanski est tellement modifiée et augmentée d'une foule de chapitres et d'aperçus récents, qu'elle forme une œuvre nouvelle et presque entièrement refondue.

Le plan général du traité de Rosenthal est basé sur l'anatomie topographique, et les différents systèmes organiques qui constituent les centres nerveux servent de divisions générales pour les divers chapitres. Ainsi sont envisagés successivement les centres nerveux encéphaliques, en commençant par leurs enveloppes, les maladies du parenchyme cérébral, celles du bulbe, de la moelle, et finalement les affections sans lésions matérielles bien connues, les névroses. Une dernière partie de l'ouvrage est consacrée aux désordres du système nerveux périphérique, aux maladies des nerfs rachidiens et crâniens.

La même méthode se retrouve dans le détail des chapitres consacrés à ces diverses classes morbides. — L'auteur, suivant les traditions de la médecine allemande, commence par donner en quelques lignes les résultats de l'expérimentation pour expliquer la physiologie pathologique des symptômes et des lésions, de façon à n'avoir plus, pour ainsi dire, qu'à en déduire les faits cliniques. Procédé assurément fort séduisant, mais

qui a le tort de forcer la tendance qu'éprouvent naturellement tous les pathologistes à simplifier les faits cliniques et à les réduire à un type de convention. L'anatomie pathologique et l'étiologie sont ensuite abordées, et ce n'est qu'après cette initiation préalable que sont esquissés les symptômes.

Il est juste de dire, néanmoins, que Rosenthal a infiniment moins sacrifié à la théorie que la plupart des auteurs d'outre-Rhin ne le font journellement dans leurs livres. Presque toutes ses descriptions comportent, en général, une grande vérité clinique, et il est facile de voir que l'auteur décrit des malades qu'il a observés lui-même, au lieu de se borner à résumer les opinions des autres médecins. Il est même telle ou telle affection, l'apoplexie cérébrale par exemple, dans laquelle la recherche de l'exactitude est poussée presque jusqu'à la minutie, et où l'analyse des symptômes les plus détaillés ferait perdre de vue, à une lecture peu attentive, les grandes lignes de l'ensemble.

Un autre mérite par lequel se recommande tout spécialement l'œuvre de Rosenthal, est le soin avec lequel sont relatées les lésions anatomiques mises en regard des symptômes. Non-seulement les altérations des centres nerveux telles qu'on les voit à l'œil nu, sont passées en revue avec précision, mais les modifications histologiques des divers tissus qui les constituent sont exposées en grand détail. On lira particulièrement, à titre de chapitres peu connus d'histologie pathologique, ceux qui concernent les lésions des centres nerveux dans la rage, l'épilepsie et le tétanos, ainsi que les altérations des vaisseaux de l'encéphale dans la syphilis cérébrale.

La physiologie pathologique, avons-nous dit, est l'objet d'une prédilection avouée de la part de Rosenthal : mais cette prédilection ne va jamais jusqu'à lui faire accepter des hypothèses non encore contrôlées par les faits. Ainsi, relativement aux systèmes de projection des fibres cérébrales de Meynert, il admet provisoirement l'explication de l'auteur, mais sans insister longuement sur ses conséquences physiologiques. Quand il parle du rapport des anesthésies et des hyperesthésies cutanées avec les territoires nerveux du tégument externe, il s'appuie sur les recherches de Voigt, mais ne donne point ces faits anatomiques nouveaux comme l'expression définitive de la vérité : en un mot, fidèle au programme de l'école de Vienne, c'est à la clinique et à l'anatomie pathologique qu'il demande ses informations les plus sûres.

L'ouvrage de M. Rosenthal se recommande également par une grande érudition. Nous nous plaisons à reconnaître que dans cette longue énumération d'ouvrages, la France n'est pas aussi complétement oubliée qu'elle l'est d'habitude dans les travaux des médecins allemands : et le soin avec lequel sont relatés les mémoires français récents relatifs au système nerveux, témoigne d'une impartialité à laquelle nous ne sommes guère habitués. Il est facile de comprendre, néanmoins, que c'est surtout aux sources allemandes qu'a puisé Rosenthal ; et nous ne pouvons nous étonner que les travaux des médecins de l'école de Vienne, Türck, Benedikt, Meynert soient particulièrement exposés en grand détail. Cette richesse de citations facilitera parmi nous la vulgarisation des travaux allemands sur le système nerveux.

Enfin, le traitement constitue pour chacune des maladies décrites par

Rosenthal, un chapitre à part, traité souvent un peu trop brièvement, mais toujours avec soin et précision. On consultera avec fruit surtout les enseignements de l'auteur au sujet des indications et contre-indications de l'électricité dans les maladies nerveuses; l'expérience personnelle de Rosenthal en ces matières lui assurant une compétence toute spéciale.

A côté des éloges que mérite fort justement le traité des maladies du système nerveux, il n'échappe pas à quelques objections de détail. Tout d'abord, l'étendue des matières à traiter eût comporté, ce nous semble, plus de développements, et tel chapitre se trouve forcément très-écourté. Ainsi la méningite tuberculeuse, cette maladie si prédominante dans les premières années de la vie, ne tient pas autant de place dans l'ouvrage que l'histoire de la thrombose de la dure-mère, et au point de vue de la description symptomatique, ce chapitre est très-insuffisant. Dans l'histoire des affections de la moelle, la pachyméningite est complétement passée sous silence.

En second lieu, si claire que soit l'exposition chez Rosenthal, elle ne laisse pas d'être enveloppée parfois d'une certaine obscurité, et l'auteur n'a pas toujours su se dégager complétement, dans la description des symptômes, d'une forme un peu embarrassée. Ainsi, par exemple, dans le chapitre consacré aux tumeurs cérébrales, très-riche en détails cliniques et que consulteront avec profit tous les médecins qui cherchent à poursuivre l'étude des localisations cérébrales, on perd de vue à certains moments la subordination des symptômes principaux, grâce au fini de l'analyse.

Enfin, on rencontre parfois dans l'ouvrage des assertions faites pour étonner quelque peu les médecins français, telles que celle-ci, par exemple : la méningite aiguë fréquente chez les enfants est susceptible de guérir souvent : la méningite tuberculeuse se termine fréquemment à cet âge en laissant pour conséquence l'idiotisme et l'épilepsie, la méningite cérébro-spinale épidémique comporte un pronostic d'ordinaire favorable. Ces divergences d'opinion montrent combien par certains côtés l'interprétation des maladies nerveuses diffère en Allemagne et en France; peut être, comme le fait remarquer fort justement M. Charcot dans la préface de l'ouvrage, y a-t-il réellement dans les types morbides des différences cliniques tenant aux climats, aux nationalités, aux races : on serait tenté de le croire, en voyant Rosenthal, dans un de ses meilleurs chapitres, rejeter presque complétement l'influence des excès vénériens sur le développement de l'ataxie locomotrice, pour incriminer surtout les refroidissements prolongés. Quelles que soient du reste ces divergences, elles n'ôtent rien à l'intérêt de l'ouvrage : c'est un livre qu'il faut lire, et dont tous les médecins feront leur profit, parce qu'il a été écrit par un clinicien consommé.

II. — Tout autre est la marche suivie par M. Grasset dans son remarquable traité des maladies nerveuses. Le premier volume de cet ouvrage, résumé des leçons professées à la faculté de Montpellier pendant l'hiver de 1876-1877, ne comprend que les affections de l'encéphale, de la moelle et des méninges : encore n'envisage-t-il guère que les états morbides et la séméiologie générale du système nerveux. C'est dire que l'on ne trouvera pas, condensée sous un petit volume, la masse énorme de faits et de documents qui se trouve accumulée dans le livre de Rosenthal;

mais par contre, l'auteur ayant plus d'espace pour développer sa pensée le lecteur éprouve plus de facilité pour le suivre dans ses amplifications.

Le plan général de l'ouvrage est très-simple. Dans une leçon d'ouverture remarquable, l'auteur commence par dire de quelle façon il comprend la vie en général et la maladie, et montre comment on peut, dans une sage mesure, concilier la doctrine vitaliste de Montpellier avec les progrès de l'anatomie et de la physiologie modernes. Puis, en quelques pages, il donne un aperçu général du système nerveux, de son rôle et de sa constitution intime. Tout le système nerveux, dit-il, est réductible à deux éléments, la cellule nerveuse et le tube nerveux, le centre et le conducteur. Les cellules ne sont pas seulement des centres de transmission, qui renvoient une impression sensitive sous la forme d'une décharge motrice ; elles agissent directement sur la nutrition des éléments anatomiques qui leur sont subordonnés, en même temps qu'indirectement en réglant l'afflux du sang qui leur arrive. Les fonctions nerveuses ainsi comprises, l'hypothèse des nerfs trophiques n'est plus nécessaire : c'est un cas particulier de la loi générale.

Telles sont les larges prémisses sur lesquelles s'appuie M. Grasset avant d'aborder l'histoire proprement dite des états morbides d'origine nerveuse. L'apoplexie d'abord est étudiée à part. Ce syndrome complexe, commun à bien des maladies, est analysé en grand détail : perturbations intellectuelles, motrices, sensitives, respiratoires et circulatoires sont passées successivement en revue : remontant alors à la cause, l'auteur montre la multiplicité des circonstances étiologiques qui peuvent engendrer l'apoplexie et les caractères cliniques au moyen desquels on parviendra, dans la majorité des cas, à en établir la cause originelle.

Cette étude de l'apoplexie conduit M. Grasset à envisager l'histoire générale des troubles circulatoires cérébraux, en s'appuyant sur les données les plus récentes de la physiologie. L'anémie cérébrale d'abord et ses nombreux types cliniques, la congestion cérébrale et ses variétés, forment deux chapitres parallèles où l'auteur expose chemin faisant la doctrine des fluxions suivant les traditions de l'école de Montpellier. Puis il aborde l'étude détaillée des deux lésions morbides prédominantes de l'encéphale, l'hémorrhagie et le ramollissement, dans des leçons où se retrouve parfaitement exposé, le résumé de l'enseignement des maîtres de l'école française sur ce sujet. Le diagnostic du siége des altérations anatomiques fournit à M. Grasset l'occasion de traiter presque dans son ensemble la question à l'ordre du jour des localisations cérébrales, et d'étudier avec les développements qu'ils comportent, la valeur séméiologique des principaux troubles fonctionnels d'origine cérébrale. Ainsi se trouvent successivement traitées : l'aphasie (où, par parenthèse, se trouvent énergiquement revendiqués les droits de priorité du Dr Dax); l'hémianesthésie, l'hémichorée et l'athétose, pour les lésions centrales; les convulsions et paralysies, la déviation conjuguée des yeux et de la tête, le nystagmus, pour les lésions corticales. Enfin, dans une sorte de chapitre d'attente sont mentionnées les quelques données classiques que nous possédons sur la physiologie pathologique des couches optiques, des pédoncules cérébraux, de la protubérance et du cervelet.

Avec la description de l'encéphalite et de ses trois variétés suppurative, hyperplastique et sclérosique, se complète l'histoire des altérations anato-

miques de l'encéphale d'ordre circulatoire et inflammatoire : un chapitre, peut-être un peu court sur les tumeurs cérébrales vient servir de corollaire clinique aux données précédentes sur les localisations cérébrales.

Le seconde partie de l'ouvrage est consacrée aux maladies de la moelle. A l'exemple de M. Charcot, M. Grasset commence par un aperçu rapide sur l'anatomie, la structure et l'embryologie de l'axe spinal : et appliquant immédiatement ces données à l'étude des myélites, il les divise en : myélites systématiques ou parenchymateuses, débutant par les éléments nerveux pour se localiser à un système particulier : et en myélites diffuses, commençant par le tissu conjonctif interstitiel. La sclérose des cordons postérieurs forme l'objet de plusieurs leçons : tantôt limitée aux zones radiculaires postérieures, et alors constituant l'ataxie locomotrice classique ; tantôt intéressant exclusivement les cordons de Goll, et présentant une symptomatologie à part. Après la sclérose postérieure, celle des cordons latéraux est étudiée dans ses deux formes cliniques, suivant qu'elle s'accompagne ou non d'atrophie musculaire (sclérose latérale amyotrophique et tabes spasmodique). Enfin, les myélites des cellules grises forment autant de chapitres, suivant leurs localisations aux cornes antérieures (atrophie musculaire progressive, paralysie infantile, paralysie spinale aiguë), ou aux noyaux bulbaires (paralysie labioglosso-laryngée).

Le groupe des myélites diffuses se sépare en plusieurs catégories : les unes circonscrites et plus ou moins étendues, les autres envahissantes, constituant la paralysie ascendante aiguë de Landry. Ici, nous nous permettrons de présenter quelques réserves au sujet de cette dernière maladie, qui semble plutôt appartenir au groupe des myélites parenchymateuses que des interstitielles, et qui paraît détruire fonctionnellement tout le système des cellules motrices, sans intéresser en rien les centres sensitifs médullaires.

L'histoire des myélites diffuses se complète par celle de la sclérose en plaques, et conduit à la description fort complète de la paralysie générale, dont M. Grasset, à l'exemple de Magnan, fait principalement une sclérose cérébro-spinale.

L'ouvrage se termine par la description des maladies méningées, des méningite aiguës, et de la méningite chronique.

Le second volume, conçu d'après le même plan, comprend la difficile et obscure étude des névroses. Tout d'abord, les névralgies sont envisagées d'après leurs conditions étiologiques, leurs caractères communs, leur évolution variable, suivant qu'elles représentent une lésion du nerf lui-même ou des centres d'où il émane. De la névralgie du trijumeau, M. Grasset rapproche la migraine, qui par tant de côtés offre une histoire parallèle, et ces troubles de nutrition bizarres qui ont été décrits sous le nom d'aplasie lamineuse progressive, de trophonévrose, d'hémiatrophie faciale. Puis, vient le groupe des névroses viscérales, avec ses deux types cliniques les plus saillants, l'angine de poitrine et le goître exophthalmique : peut-être eût-il mieux valu faire un cadre à part de cette dernière affection, si différente des névralgies à tant de titres. L'histoire des désordres trophiques liés aux affections des nerfs se complète par la description de la gangrène symétrique des extrémités et du mal perforant plantaire.

Etudiés dans leurs perturbations sensitives, les nerfs le sont dans leurs altérations motrices ; le chapitre des paralysies périphériques en général correspond à celui des névralgies. Ici se placent les diverses paralysies des nerfs les plus saillantes; celles du facial, des muscles de l'œil, des nerfs du tronc et des membres. Puis sont abordés certains troubles fonctionnels, d'origine motrice, les spasmes fonctionnels, les convulsions localisées aux muscles innervés par certains groupes de nerfs (facial, hypoglosse, spinal, phrénique, etc.); on lira avec intérêt ces chapitres relatifs à des questions encore imparfaitement connues.

Ces états convulsifs partiels nous conduisent graduellement aux grandes névroses, le tétanos, la catalepsie, la paralysie agitante, la chorée, l'hystérie et l'épilepsie.

Enfin les manifestations nerveuses des maladies générales constituent une série de chapitres qui résument pour ainsi dire dans une sorte de synthèse les données fournies par l'examen clinique. Ici, de l'analyse de la lésion M. Grasset remonte à la conception de la cause, et l'étude des maladies nerveuses, envisagées sous ce point de vue, s'élève et s'agrandit. Les localisations de la syphilis sur l'encéphale, la moelle et les nerfs constituent le type le plus simple et le mieux connu de ces névropathies générales. — Mais toutes les autres maladies constitutionnelles et diathésiques ont aussi leurs localisations nerveuses : ainsi le rhumatisme cérébral et spinal, la goutte encéphalique et rachidienne; qui ne sait combien fréquente est l'angine de poitrine chez les goutteux ? De même, la tuberculose a également des déterminations multiples, qui gagnent à être rapprochées et comparées ensemble : l'intoxication saturnine imprime sur les centres nerveux des lésions multiples : la diphthérie entraîne à sa suite les paralysies que l'on connaît.

Nous sommes loin, comme on le voit, de la conception étroite qui envisage chaque lésion et presque chaque symptôme comme représentant une entité morbide distincte. En cela, le livre de M. Grasset occupe une place à part et offre un cachet original. N'y cherchez point de descriptions cliniques nouvelles ni d'aperçus physiologiques personnels. Ce que l'auteur a voulu, c'est de fournir un résumé à la fois substantiel et clair de toutes les notions éparses dans les monographies françaises et étrangères. Il l'a fait dans une langue nette et correcte, avec un bonheur d'expression et un coloris d'images qui rendent la lecture de son livre particulièrement agréable. C'est un excellent ouvrage de vulgarisation, échappant à l'aridité, et facile à se graver dans la mémoire, en raison de la méthode parfaite avec laquelle il est conçu.

Cette méthode dans l'exposition est presque poussée trop loin, et M. Grasset me pardonnera de trouver que c'est, par quelques côtés, le point défectueux de son livre. Les symptômes sont si nettement déduits de la physiologie, la subordination des troubles fonctionnels tellement logique, l'enchaînement des phénomènes pathologiques si rationnel, qu'on est exposé à tirer des conclusions prématurées, et à croire à une marche invariable de la maladie, alors que les faits cliniques donnent si souvent un démenti aux prévisions. C'est là sans doute un écueil; mais il ne faut pas oublier que la description dogmatique des maladies ne peut s'établir que sur des cas moyens, et que l'enseignement théorique ne saurait aborder les milles variétés intermédiaires qu'offre journellement la clinique.

III. — L'ouvrage de Wilks est fort différent des deux précédents, et par bien des points il échappe à l'analyse. Au lieu d'un traité dogmatique et magistral, écrit suivant un plan bien défini, et d'après un ordre arrêté d'avance, l'auteur semble avoir été guidé surtout par les nécessités de la clinique et les occasions d'un service d'hôpital. C'est moins en effet un livre théorique qu'une réunion de leçons groupées librement, à la façon anglaise, sans qu'une idée unique préside à la distribution de l'ouvrage. La plupart de ces leçons ont été à diverses époques, publiées dans les recueils de Guy's hospital : plusieurs d'entre elles ont été remaniées et refondues, mais beaucoup sont demeurées telles qu'elles étaient sorties de la plume de leur auteur : aussi certains chapitres sont-ils développés d'une façon prépondérante, et d'autres, par contre, un peu écourtés.

Après une introduction intéressante sur la constitution des centres nerveux, l'indépendance fonctionnelle des ganglions centraux et pourtant leur unité d'action due aux fibres commissurales qui les relient entre eux, l'auteur aborde une série de chapitres qui sont autant d'études de séméiologie cérébrale faites surtout au point de vue clinique. Aussi le symptôme hémiplégie, par exemple, est envisagé dans toutes les circonstances qui peuvent le produire : lésions uni-latérales de la moelle, affection des méninges cérébrales, ostéite du crâne, altérations corticales des circonvolutions, destruction partielle ou totale des ganglions centraux ou des pédoncules : le diagnostic différentiel avec l'hémiplégie hystérique, vient compléter cette étude séméiologique. Le même plan est suivi pour l'hémianesthésie (chapitre fort incomplet du reste), l'aphasie, où sont traitées avec beaucoup de développement, les diverses théories au sujet du fonctionnement de la parole et des suppléances cérébrales : l'apoplexie enfin, où l'auteur discute avec soin le diagnostic de l'embolie et les accidents analogues produits par le coup de chaleur.

Les autres chapitres consacrés aux maladies de l'encéphale ont trait à l'encéphalite, à la méningite simple et tuberculeuse, à la thrombose des sinus, aux tumeurs et anévrysmes du cerveau. Des pages intéressantes sont consacrées à l'étude de la paralysie générale et du delirium tremens avec de nombreuses observations personnelles à l'appui.

Dans la seconde partie de l'ouvrage, affectée aux maladies de la moelle, l'auteur commence par établir le rôle trophique de l'axe spinal, son influence comme centre calorifique, l'action du nerf sur la fibre musculaire, puis, dans une série de tableaux séparés il trace la description d'affections très-dissemblables, qui n'ont pour trait commun que d'intéresser la moelle. Ainsi, après avoir étudié le symptôme paraplégie à la façon de l'hémiplégie, il passe rapidement en revue les principales formes de myélite, et les tumeurs spinales : puis toute une série de paraplégies de causes diverses ; par exemple celles qui surviennent dans l'alcoolisme, la syphilis, la diphthérie, la chorée. Citons particulièrement comme très-originales les leçons sur les paraplégies curables, celle sur la commotion de la moelle dans les accidents de chemins de fer (railway spine), les paralysies par intoxication mercurielle et cuprique, peu connues en France, enfin une leçon moitié physiologique, moitié clinique sur le sens musculaire.

La troisième partie de l'ouvrage a trait aux troubles nerveux généraux

et fonctionnels, autrement dit aux névroses. Ici encore, à côté de chapitres qui n'offrent rien à signaler on en trouve qui ont un cachet éminemment personnel. Les chapitres sur les formes variées de l'épilepsie, sur les accidents épileptiformes de la syphilis, sur l'épilepsie traumatique, seront consultés et lus avec profit par tous les cliniciens : la leçon sur l'anorexie des hystériques est pleine d'aperçus ingénieux et d'indications pratiques utiles : enfin plusieurs questions intéressantes telles que l'hystérie des jeunes garçons, les affections sympathiques, la manie qui survient à l'occasion des maladies aiguës ou des troubles viscéraux latents, constituent autant de chapitres originaux qu'on ne trouve dans aucun des ouvrages classiques publiés en France.

La dernière partie de l'ouvrage est consacrée aux affections des nerfs, bien que les paralysies périphériques soient étudiées à l'occasion des affections de la moelle. Un paragraphe tout entier a trait aux effets du traumatisme et de l'inflammation des troncs nerveux ; il sert comme d'introduction à l'étude des névralgies, qui sont traitées en détail, surtout les névralgies viscérales. Le chapitre sur la migraine est bien connu, et depuis longtemps il a contribué à fixer la réputation de l'auteur. L'ouvrage se termine par un exposé des spasmes locaux fonctionnels, tels que tics, contractions, torticolis, crampes des écrivains, où l'auteur s'inspire des travaux de Duchenne en y joignant de nombreuses observations personnelles. En résumé, l'ouvrage de Wilks ne saurait être proposé comme guide pour apprendre dogmatiquement les maladies du système nerveux ; mais c'est un livre précieux à consulter, par l'abondance et la variété des sujets traités, et surtout par l'originalité des vues qui y sont émises. H. RENDU.

Des paralysies consécutives aux maladies aiguës, par Stéphane SCHNEIDER (*Thèse de Paris*, 1877).

L'idée mère de ce travail intéressant est de montrer que les maladies aiguës peuvent provoquer non-seulement les paralysies amyosthéniques, bien connues depuis le mémoire de M. Gubler, mais toutes les variétés possibles de paralysie. Ainsi, depuis les simples troubles de la motilité ou de la sensibilité, jusqu'aux maladies spinales systématisées, on retrouve toute la série comme accidents possibles des maladies fébriles aiguës.

L'auteur étudie d'abord les paralysies diffuses, l'amyosthénie vraie, et les exemples abondent. Non-seulement, en effet, la diphthérie, le typhus et la variole en offrent des observations nombreuses, mais le choléra, la pneumonie, la dysentérie. Et ces paralysies ne tiennent pas seulement à des désordres de la fibre musculaire : il y a certainement des lésions de la moelle, au moins congestives, qui les déterminent : témoins les faits de paralysie ascendante aiguë que cite M. Schneider à la suite de fièvre typhoïde et de pneumonie.

A côté de ces formes diffuses de paralysie, nous en trouvons d'autres, portant sur des régions limitées du corps. L'hémiplégie est assez fréquente : l'auteur a pu en rassembler 10 cas, dans des maladies aiguës qui avaient intéressé la moelle (ou plutôt l'encéphale, quoique l'auteur

n'y insiste pas suffisamment). La paraplégie a été vue après la dysentérie (Moutard Martin), la variole (Westphal), le typhus et le choléra. Enfin, les paralysies limitées à un membre, et entraînant consécutivement l'atrophie, reconnaissent presque toujours pour cause première une maladie aiguë : l'auteur discute la question de savoir si, en pareil cas, c'est la moelle, ou le nerf, ou le muscle qui a subi l'altération de structure. Tout porte à croire que ces lésions, mêmes limitées, portent sur les centres nerveux. Le fait que des paralysies infantiles succèdent à des affections aiguës le démontre : dans trois cas de ce genre, Damaschino et Roger ont constaté les altérations classiques des cornes spinales antérieures.

Enfin, des maladies nerveuses beaucoup plus complexes, que l'on a l'habitude de regarder comme primitives, sont parfois deutéropathiques et engendrées par des maladies aiguës. L'auteur cite un cas de Duchenne et un d'Oppolzer, dans lesquels une paralysie pseudo-hypertrophique succéda à une fièvre éruptive (variole et rougeole). De même, trois faits d'ataxie locomotrice parurent consécutifs à des gastro-entérites et à une angine couenneuse. Il n'est pas jusqu'à la sclérose en plaques qui ne semble justiciable d'une semblable origine : Westphal en a publié quatre cas consécutifs à la variole ; Joffroy un, après la fièvre typhoïde. C'est assez dire que toutes les maladies aiguës, surtout les pyrexies, peuvent déterminer dans les centres nerveux des troubles profonds d'une gravité variable. H. RENDU.

On some affections of the nervous system dependent of Gout (Des affections goutteuses du système nerveux), par J. Russell REYNOLDS (*Brit.med. Assoc.; Brit. med. Journ., p.* 248, 25 *août* 1877).

L'auteur les classe de la façon suivante : 1° troubles nerveux ; 2° céphalalgie ; 3° perversion de la sensibilité, vertige, bourdonnements d'oreilles, surdité, engourdisssement des membres, myosalgies, sciatique ; 4° perversion des fonctions musculaires, crampes des membres. Il s'appuie, pour reconnaître la nature goutteuse de ces symptômes, sur les attaques de goutte antérieures ou coïncidentes, sur l'hérédité, sur la concomitance fréquente de la dyspepsie acide et flatulente, sur le caractère de l'urine, qui est pâle, limpide, dense, albumineuse et parfois sucrée; sur l'instabilité des signes, sur la coexistence de dermatoses, et enfin sur l'impossibilité de rattacher les accidents à une affection cérébrale ou spinale. A. GOUGUENHEIM.

Pathogénie de la névralgie, par JEWELL (*The Journal of nervous and mental disease, avril*, 1877).

1° La névralgie a son siége essentiel dans l'appareil central appelé tractus sensoriel. Son siége n'est point dans les nerfs périphériques, et il ne faut pas dire que la névralgie est une affection du système nerveux périphérique.

2° La condition pathogénique essentielle pour la névralgie consiste en une lésion de nutrition des cellules du tractus sensoriel, cellules qui sont

les organes réels de la sensibilité nerveuse. Cette lésion des cellules peut être déterminée par une maladie des nerfs périphériques, mais toujours une analyse judicieuse des phénomènes démontre que l'irritation du tractus sensoriel est le facteur capital. Le tractus sensoriel, en état d'irritation, réagit contre la moindre excitation des filets sensitifs qui vont se terminer dans la partie irritée.

L'accès peut être dû à une excitation exagérée qui pourra se produire par le canal des nerfs sensitifs ou dépendra, soit de modifications de la pression intra-vasculaire dans les vaisseaux du centre atteint, soit de variations dans la contraction cardiaque, soit encore de changements de pression, d'abaissement ou d'élévation de la température, de la colonne barométrique : agiront de même toutes les influences qui modifient les nerfs vaso-moteurs distribués au centre malade, et ces nerfs vaso-moteurs peuvent être influencés, soit par le système nerveux périphérique, soit par le système nerveux central. V. H.

Tubercular meningitis (De la méningite tuberculeuse), par Reginald SOUTHEY (*Brit. med. Journ., p.* 557, 27 *octobre* 1877).

C'est surtout l'étude de la méningite tuberculeuse, chez l'adulte, que l'auteur envisage. Il fait remarquer qu'à cet âge, la maladie marche de la façon la plus insidieuse, et qu'il n'est pas rare qu'elle soit méconnue par les médecins, tellement son aspect est trompeur.

Cela tient à ce que ses signes ne sont pas toujours très-prononcés, et que l'observation médicale n'est pas assez minutieuse.

Les cas que l'auteur a rassemblés, et ceux qu'il a lus dans divers ouvrages, lui suggèrent des développements assez étendus sur ce sujet.

Le mal de tête est un symptôme constant, l'auteur ne l'a jamais vu manquer.

Il a constaté aussi l'existence de vomissements, de fièvre et de constipation.

On observe aussi fréquemment des bizarreries de caractère, un peu de confusion dans les idées et de délire, très-passagers du reste.

Il a constaté de plus des douleurs musculaires généralisées, suivies d'abord d'engourdissement, puis de paralysie, de tremblements et de contractures. Les douleurs siégent surtout à la nuque et dans les muscles cervicaux.

Des attaques épileptiformes se montrent aussi parfois, suivies de paralysies des membres, passagères ou temporaires. Le siége de ces accidents est excessivement irrégulier. La face et les membres peuvent être envahis dans une étendue plus ou moins grande, d'autres fois très-restreinte.

La sensibilité générale est souvent exaltée, et quand ce signe coexiste avec des troubles psychiques, la rétraction des parois abdominales, des paralysies incomplètes ou absolues des muscles palpébraux, le tableau morbide devient caractéristique.

L'assoupissement est un signe assez fréquent, le malade est étranger à ce qui se passe autour de lui, il a de l'incontinence urinaire et fécale et alors il ne tarde pas à succomber dans le coma.

Cette maladie peut durer de 2 à 4 semaines.

Le diagnostic est parfois très-difficile, l'auteur a vu des cas qui simulaient des névralgies, de l'hystérie et une fièvre typhoïde, et l'erreur ne pouvait être dissipée que tardivement.

Il termine enfin par quelques développements anatomo-pathologiques.

A. GOUGUENHEIM.

Essai sur la méningite en plaques ou scléreuse, limitée à la base de l'encéphale par E. LABARRIÈRE (*Thèse de Paris*, 1878).

Cette forme particulière de méningite circonscrite est presque toujours secondaire et fait suite à une lésion vasculaire ou à une altération des parties voisines, surtout de la charpente osseuse de la base du crâne. C'est une affection rare et qui jusqu'à présent a été incomplétement étudiée.

Au point de vue étiologique, la syphilis est de beaucoup la cause la plus fréquente de cette variété de méningite, et c'est à la période tertiaire de cette maladie constitutionnelle qu'elle apparaît. On peut même dire que dans l'état actuel de nos connaissances, la syphilis est la seule condition étiologique démontrée, car l'alcoolisme affecte plutôt les méninges de la convexité du cerveau, et la tuberculose évolue toujours d'une façon aiguë qui ne laisse guère aux lésions scléreuses le temps de se développer.

Anatomiquement, les plaques de sclérose se montrent de préférence sur la région moyenne de la base du cerveau, tantôt sous la forme d'îlots, tantôt sous l'aspect d'une plaque unique plus ou moins étendue. Les conséquences de l'épaississement fibreux de la pie-mère sont l'atrophie des nerfs (lésion peu constante du reste), le ramollissement des lames superficielles du tissu nerveux au niveau des pédoncules, du chiasma, et de la protubérance, enfin des troubles circulatoires bulbaires qui peuvent intéresser dans sa structure le plancher du quatrième ventricule. L'hydrocéphalie est également une lésion fréquente; mais l'altération la plus caractéristique est la dégénérescence vasculaire, l'artérite chronique qui accompagne presque constamment la méningite scléreuse. Comme il s'agit toujours de sujets syphilitiques, il n'est point rare de trouver des gommes associées à l'inflammation scléreuse.

Les symptômes qui peuvent faire présumer plutôt qu'affirmer l'existence d'une méningite circonscrite de la base, sont la persistance d'une céphalée gravative, qui bientôt se complique de paralysies localisées, plus souvent motrices que sensitives. Ces paralysies se font par poussées irrégulières, et elles agissent sur certains nerfs isolés ; parfois elles sont passagères et disparaissent plus ou moins complétement, même quand il a existé des lésions nerveuses descendantes, telles que de la névrite ou de la périnévrite optique (Galezowski) : cependant, le plus ordinairement elles s'établissent d'une façon permanente. Les deux formes cliniques principales de ces paralysies sont les suivantes : dans la première, l'affection débute par les paires crâniennes antérieures ; parésie du nerf optique et surtout du moteur oculaire commun ; puis successivement se prennent les nerfs bulbaires ; dans la seconde, la méningite marche d'arrière en avant, gagnant en dernière analyse les nerfs oculo-moteurs.

Mais la marche de ces paralysies est ordinairement fort lente et ne demande guère moins de plusieurs années pour être complète.

Les troubles bulbaires qui se manifestent à une certaine période de la maladie consistent surtout en une sorte d'embarras de la parole, de tremblement de la langue et même parfois de gêne dans la déglutition. Le tableau clinique peut alors être fort semblable à celui de la paralysie générale ou de la paralysie labio-glosso-laryngée. Un symptôme très-fréquent et qui doit mettre sur la voie du diagnostic, est la neuro-rétinite, et aussi la polyurie, phénomène assez commun, et qui persiste parfois longtemps après la disparition des accidents aigus. On a signalé, dans quelques observations, des accès apoplectiformes analogues à ceux qui surviennent dans le cours de la paralysie générale.

Douze observations, dont plusieurs inédites, viennent à l'appui de la description clinique précédente et complètent ce consciencieux travail.

H. RENDU.

Des dégénérations secondaires de la moelle épinière consécutives aux lésions de la substance corticale du cerveau, par ISSARTIER (*Thèse de Paris*, 1878).

Après un exposé rapide des principales données physiologiques admises aujourd'hui sur la structure des fibres encéphaliques et des régions motrices corticales, l'auteur cite une série d'observations, empruntées pour la plupart à la clinique de M. Charcot, qui montrent la réalité des lésions descendantes de la moelle à la suite de destructions corticales. Ces dégénérations ne se produisent jamais lorsque les lésions de l'écorce siégent en dehors de la zone motrice; elles se produisent toujours lorsque les altérations destructives, même médiocrement étendues, siégent sur la zone motrice. Le trajet de ces dégénérations secondaires à travers les pédoncules, le bulbe et la moelle épinière occupe exactement la même topographie que lorsqu'il s'agit d'altérations des corps optostriés. Elles ont aussi les mêmes conséquences cliniques. Enfin, les choses se passent comme si les fibres motrices cérébrales avaient leurs centres trophiques dans la substance grise corticale où elles se terminent. On n'a pu jusqu'à présent analyser avec précision les altérations qu'elles subissent dans les premiers jours qui suivent la destruction de leur territoire moteur.

Cette lacune, M. Issartier a essayé de la combler au moyen d'expériences faites avec M. Pitres; il a pu ainsi constater qu'à la fin du quatrième jour chez le chien les fibres nerveuses de l'hémisphère ont perdu leur excitabilité, que plus tard on trouve au milieu d'elles de nombreux corps granuleux, et que le résultat définitif de ces altérations est la production d'une sclérose systématique. H. R.

On saltatoric Spasm (Du spasme saltatoire), par W. R. GOWERS (*The Lancet*, 14 *juillet et* 4 *août* 1877, *pp.* 42 *et* 152).

Signalée d'abord par Bamberger qui l'avait rencontrée deux fois, observée deux fois également par Paul Guttmann, et une fois par Anton Frey, l'affection dont il s'agit consiste en un spasme clonique violent,

principalement localisé dans les jambes, survenant aussi souvent que le malade essaie de se tenir debout, et cessant dès que la tentative est abandonnée. L'auteur, ayant observé à son tour deux cas de ce genre, ne se borne pas à en fournir une relation exacte, mais y ajoute la reproduction des cinq faits recueillis avant les siens, de sorte que son mémoire met sous les yeux du lecteur tous les documents positifs jusqu'alors recueillis sur la matière. L'analyse de ces sept observations peut être résumée comme il suit :

Quatre des malades appartenaient au sexe masculin. L'âge des sujets a varié de dix à soixante-dix ans. Les antécédents névropathiques ont existé deux fois dans la famille des patients, et deux fois dans les antécédents personnels des patients eux-mêmes. Presque toujours, quelque influence dépressive a pu être relevée en tant que circonstance prédisposante ; parmi celles-ci figurent la pneumonie, l'ulcère gastrique, la bronchite, l'asthénie morale. Une fois le mal éclata le lendemain d'une grave exposition au froid, une autre fois il suivit une attaque épileptiforme. Six fois sur sept le début fut plus ou moins subit; d'autres fois encore il y eut en premier lieu, des accidents prémonitoires caractérisés tantôt par la rigidité, tantôt par le tremblement des membres. Chez un malade, il survint, pendant la quinzaine qui précéda l'attaque, une sensation de pesanteur dans les membres ; chez un autre, ce furent d'atroces douleurs au même niveau. La cécité est le seul symptôme initial étranger aux membres inférieurs qui ait jamais été relevé.

Les caractères communs et caractéristiques du spasme saltatoire sont de fortes et rapides contractions des extenseurs et des fléchisseurs des jambes se succédant alternativement, et donnant lieu aux mouvements du saut. Ce phénomène peut, d'ailleurs, présenter des variétés nombreuses que l'auteur passe en revue. D'ordinaire, le spasme est assez violent pour faire tomber le malade et rendre la marche impossible. En quelques secondes, le patient est hors d'haleine et à bout de forces.

En dépit de sa violence pendant les tentatives de station verticale, il est rare que le spasme ne cesse pas aussitôt que le malade s'assied ou se couche.

Dans plusieurs cas, d'autres stimulants que les essais de station debout ont provoqué les accidents : telle a été la pression des pieds contre un objet résistant, le malade étant couché ; tels encore le chatouillement de la plante des pieds, le mouvement volontaire des membres, etc.

Chez deux sujets, le trouble moteur était accru par l'émotion.

Cinq fois, la force des membres a été trouvée intacte. Une fois, la jambe droite était plus faible que la gauche. Une autre fois, on vit les membres compromis s'affaiblir et présenter, avec le temps, une émaciation considérable. Dans quatre cas, il y eut de la sensibilité exagérée le long du rachis, tantôt sur un point, tantôt sur un autre. Chez un malade, on nota de la dyspnée, des palpitations, du spasme de la partie inférieure de la face, et des mouvements spontanés de la pupille, particularités intéressantes au point de vue de la localisation de la fonction troublée.

La durée du mal a varié de deux jours à six ans, et la terminaison a été tantôt graduelle, tantôt soudaine, tantôt accompagnée de quelques autres troubles nerveux légers.

Le nombre des attaques a oscillé entre une et quatre.

Des considérations auxquelles se livre l'auteur sur la nature de la maladie, une seule chose paraît résulter sans contestation possible : c'est qu'il s'agit là d'un phénomène morbide réflexe. Tout ce qu'on peut ajouter à cette vue générale semble être encore bien hypothétique. Ceux que ce côté de la question peut intéresser plus spécialement le trouveront longuement discuté dans le mémoire qui nous occupe.

Le spasme saltatoire ne doit pas être confondu avec la chorée ; mais Gowers a vu, dans un cas, succéder à celle-ci des accidents assez semblables à ceux dudit spasme.

La plupart des patients souffraient, au début, d'une dépression physique ou mentale. Chez les femmes, on n'a guère observé de complications hystériques. Au surplus, la fréquence du spasme saltatoire chez les hommes semble impliquer peu de liens entre ce mal et l'hystérie.

Le traitement est encore à découvrir. Peut-être les diaphorétiques sont-ils indiqués. P. GINGEOT.

A case of unilateral injury to the spinal cord (Cas de lésion traumatique unilatérale de la moelle) par GOWERS, Clinical Society of London (*Brit. med Journ.*, 17. *nov.* 1877, *p.* 696).

Le sujet en question se tira un coup de pistolet dans la bouche. La balle passa à travers le corps de la deuxième vertèbre cervicale et se logea entre les apophyses latérales droites de l'atlas et de l'axis. Le projectile ne pénétra pas en dedans de la dure-mère, mais envoya un fragment osseux à travers cette membrane, et la moelle fut intéressée entre la première et la deuxième parties cervicales nerveuses. La colonne antéro-latérale droite, les cornes antérieures et postérieures et toute la substance grise centrale du même côté furent intéressées. Toutes ces parties étaient imprégnées de sang extravasé.

La moitié gauche de la moelle était intacte, et la colonne postérieure était légèrement gonflée, comme œdématiée et un peu injectée.

Voici les signes observés : paralysie complète du bras et de la jambe droite ; 24 heures après l'accident, on constate quelques mouvements de la jambe.

Hyperesthésie ou plutôt hyperalgésie du côté paralysé, mais seulement à partir des régions innervées par le plexus brachial, car plus haut la sensibilité est normale.

Les membres droits ne sont pas paralysés, mais la sensibilité à la douleur est abolie de ce côté, la sensibilité au tact est à peu près conservée. Les mouvements réflexes sont à peu près impossibles du côté paralysé, ils sont au contraire très-énergiques du côté non paralysé où la sensibilité est très-altérée.

La température du côté paralysé est plus élevée que de l'autre côté, de un à deux degrés (*Fahrenheit probablement, car l'auteur ne l'indique pas*), on constate en même temps de ce côté des modifications de l'irritabilité musculaire et nerveuse ; les muscles sont un peu moins irritables, mais les nerfs le sont plus que du côté opposé.

Il y a donc identité entre ces signes et ceux que révèle l'expérience physiologique.

L'auteur attire l'attention sur plusieurs faits de cette importante observation.

1° Les mouvements de la jambe sont revenus assez vite ; il pense que cela tient à ce que quelques fibres motrices ont échappé à la décussation.

2° Il y a eu conservation de la sensibilité au tact, tandis que la sensibilité à la douleur a été abolie du côté opposé à la paralysie motrice, ce qui semble donner raison à l'opinion physiologique, sur l'indépendance des nerfs qui président à ces deux modes de sensibilité, ainsi qu'à l'opinion de Schiff sur le siége des cordons nerveux qui président au tact (Cet auteur, place ce siége dans les faisceaux postérieurs, qui étaient intacts chez le malade).

3° On a observé de l'exagération des mouvements réflexes du côté où la sensibilité était obtuse ou abolie, et la disparition de ces mouvements du côté de la lésion où le malade ressentait une douleur vive. Comment interpréter ces deux faits? L'auteur admet que la couche optique est modératrice à l'état normal des états réflexes, et il pense que ce frein est annulé par suite de la rupture des conducteurs nerveux de la sensibilité du côté opposé de la moelle, on s'explique ainsi l'exagération des mouvements réflexes du côté opposé à la paralysie motrice. De plus, l'inaction d'une couche optique double l'énergie de sa congénère, et, de ce côté, le frein se trouve tellement serré que les mouvements réflexes seraient entravés du côté de la paralysie motrice.

4° La différence d'irritabilité des nerfs et des muscles doit être interprétée comme un résultat de l'état anormal des membres paralysés et elle est probablement due à l'influence irritative exercée par la lésion de la substance grise sur le renflement lombaire et de là sur les nerfs moteurs.

5° Les troubles de la sensibilité n'existaient pas dans l'aire de distribution du plexus cervical, le fait est facile à comprendre en raison du siége de la lésion. A. GOUGUENHEIM.

Ueber Latenz von Kleinhirnerkrankungen und über cerebellare Ataxie (Sur l'évolution latente des affections du cervelet et sur l'ataxie cérébelleuse), par H. NOTHNAGEL (*Berlin. klin. Wochens., n° 15, p. 205, 15 avril 1878*).

Le travail du professeur d'Iéna est basé sur l'analyse d'environ 250 observations de maladies du cervelet disséminées dans la littérature médicale, et sur l'étude de quelques faits qui lui appartiennent.

Pour se rendre compte de la marche latente de certaines affections cérébelleuses, il faut envisager la nature, l'étendue et surtout le siége du processus morbide. Relativement à cette dernière circonstance qui est de beaucoup la plus importante, N... se croit autorisé à conclure, que pour rester latente il faut que la lésion soit limitée à un hémisphère ; une autre condition indispensable, c'est qu'elle n'exerce aucune action de voisinage sur le vermis, le pont de Varole, la moelle allongée, les tubercules quadrijumeaux. Parmi les altérations des hémisphères cérébelleux pouvant ne donner lieu à aucun symptôme, se trouvent les atrophies congénitales, les ostéomes, les vieux tubercules devenus caséeux, les anciens foyers d'hémorrhagie ou de ramollissement qui restent stationnaires; au contraire, les épanchements sanguins et les ramollissements de date récente, les abcès et les tumeurs en voie d'accroissement, déter-

minent l'apparition de phénomènes morbides, en agissant sur les organes qui les entourent.

En résumé pour Nothnagel, la destruction de la substance d'un hémisphère cérébelleux ne produit, dans l'état de nos connaissances, aucun symptôme appréciable. Quel est donc le rôle physiologique de cette région du cervelet. Avec Otto (Arch. f. Psychiatrie und Nervenkrankh. IV et VI), l'auteur est disposé à admettre que les fonctions hémisphériques sont d'ordre psychique, bien que d'essence encore inconnue; il justifie cette manière de voir par l'existence de troubles intellectuels dans la majorité des cas d'atrophie du cervelet, sans toutefois dissimuler que la question est encore à l'étude, puisque dans un certain nombre d'atrophies bilatérales on a signalé l'intégrité de l'intelligence.

Les troubles de coordination et les vertiges sont deux symptômes essentiels, bien que non constants, des affections cérébelleuses. Or, comme Nothnagel admet que les lésions exactement bornées aux hémisphères restent latentes, il en déduit que les troubles de coordination, la démarche titubante ne se montrent que lorsque l'affection intéresse, directement ou indirectement le vermis, le lobe médian du cervelet.

La démarche titubante des malades atteints d'affection cérébelleuse ressemble tellement à celle des ivrognes, qu'un des patients de N... s'est vu plusieurs fois victime des méprises de la police. J. B.

Transient hemiopia in cerebral disease (Hémiopie passagère dans les maladies cérébrales) par GOWERS, National hospital for the paralysed and the epileptic (*Brit. med. journ. page* 729), 24 *nov.* 1878.

L'auteur observa, chez un malade atteint d'hémiplégie gauche depuis quelques semaines, une hémiopie de ce côté. Une hémiopie aussi prolongée est un fait rare, mais le Dr Gowers pense que l'hémiopie passagère n'est pas rare au début d'une maladie de l'encéphale, à la période apoplectique, quand existe la déviation conjuguée des yeux et de la tête. On observe alors la perte de la vision dans la moitié du champ rétinien; cette diminution de la sensibilité, intéressant les deux yeux, est sous l'influence de la lésion cérébrale, et disparaît en même temps que la déviation conjuguée des yeux.

Bien que la démonstration du phenomène ne soit point aisée à fournir, voici comment il faut opérer : si un des yeux est fermé, et le doigt porté devant l'autre œil, d'abord d'un côté, puis de l'autre côté, on observe que lorsqu'il passe en avant de l'œil, du côté non paralysé, un clignement se produit, comme si on approchait le doigt de la cornée. Si au contraire on porte le doigt en avant de l'œil correspondant au côté paralysé, on n'observe plus le clignement, jusqu'à ce que le doigt se trouve au milieu de la cornée. On peut toutefois noter sur chaque œil cette modification dans le champ de la vision.

Le Dr Gowers n'a jamais manqué de constater cette hémiopie, chaque fois qu'il a pu faire l'examen au début de la maladie cérébrale.

A. GOUGUENHEIM.

Hemiplegia with enlargement of paralysed parts (Hémiplégie avec hypertrophie du côté paralysé), par ROSS (*Brit. med Journ.*, 16 *février* 1878, *page* 233).

L'hémiplégie datait de 6 mois. Le bras, l'avant-bras et la jambe paralysés mesuraient un pouce (2 centimètres et demi) de plus que les membres du côté sain. Le côté gauche de la poitrine mesurait aussi un pouce de plus que le droit. Les muscles de l'avant-bras et du bras et un grand nombre de ceux de la jambe étaient contracturés. Les articulations de l'index et des doigts médians de la main gauche étaient enflés et rouges. L'examen du tissu musculaire, extirpé avec le trocart de Duchenne, montrait sous l'objectif du microscope des lésions analogues à celles de la paralysie pseudo-hypertrophique.

L'auteur pense que dans ce cas, les altérations articulaires de la main gauche étaient provoquées par une lésion de la corne antérieure gauche de la moelle, et il se demande si la pseudo-hypertrophie des muscles du côté paralysé ne reconnaîtrait pas cette origine anatomo-pathologique.

L'auteur rapproche son observation d'un cas de Barth, signalé par Charcot, et dans lequel une paralysie pseudo-hypertrophique aurait coïncidé avec une sclérose latérale primitive de la moelle.

Le malade de Ross n'a pas été autopsié. A. GOUGUENHEIM.

Sur l'existence d'un tremblement réflexe dans le membre non paralysé, chez certains hémiplégiques, note de J. DÉJERINE (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 20 *mai* 1878).

Jusqu'à présent le phénomène connu sous le non de *tremblement réflexe* chez les hémiplégiques n'avait été observé que dans le membre du côté paralysé. M. Déjerine résume les observations de cinq cas dans lesquels il a observé le tremblement réflexe du pied du côté sain en même temps que celui du côté paralysé; tous ces malades avaient une contracture très-prononcée du bras et de la jambe du côté paralysé.

Pour expliquer ce phénomène, l'auteur propose l'hypothèse suivante : la sclérose latérale descendante, qui est constante dans les hémiplégies anciennes avec contracture, et qui se systématise dans la partie postérieure du cordon latéral du côté de la paralysie s'est peut-être, dans le cas en question, propagée au cordon latéral du côté sain, de sorte que la moelle lombaire serait ainsi atteinte de sclérose bilatérale descendante.

M. DUVAL.

Facial spasm, with inhibition of the sixth nerve (Spasme facial accompagné de paralysie momentanée de la 6e paire), par GOWERS (*Brit. med. journ.* 24 *nov.* 1877, *page* 729).

Une partie du nerf facial tire son origine du même noyau que celui de la 6e paire, et pourtant l'action physiologique ne se ressent pas de cette communauté d'origine; on ne constate que rarement, en effet, l'association fonctionnelle des 7e et 6e paires. Il est aussi rare de rencontrer des faits pathologiques qu'expliquerait ce voisinage. Toutefois

l'auteur observe en ce moment un cas assez curieux, facile à interpréter par cette commune origine des deux nerfs. Le spasme éprouvé par le malade est intermittent, clonique et intéresse tous les muscles d'un côté de la face. Dans les intervalles de ces spasmes, les yeux se meuvent normalement. Mais pendant le tic facial, si les globes oculaires sont tournés du côté affecté, l'œil de ce côté n'est plus parallèle à l'autre et se meut plutôt en dedans. Quand le malade regarde du côté non affecté, on n'observe pas un semblable défaut de parallélisme. Pendant le spasme, l'œil du côté affecté ne peut se mouvoir que fort peu en dehors. Mais sitôt que le tic a disparu, l'œil reprend ses mouvements normaux.

Ces phénomènes sont évidemment dus à un défaut d'action du droit externe, c'est-à-dire à une paralysie de la 6e paire pendant la surexcitation du nerf facial. A. GOUGUENHEIM.

Note sur un cas de latéropulsion oculaire dans la paralysie agitante, par DEBOVE (*Soc. méd. des hôpitaux, Union médicale*, 2 *avril* 1878).

Il s'agit d'une femme de 67 ans, présentant les signes non douteux d'une paralysie agitante. Elle éprouvait une grande difficulté à lire : arrivée à la fin d'une ligne, elle mettait un certain temps à commencer la ligne suivante. Cette fatigue était encore plus marquée si le livre était imprimé en plusieurs colonnes. A la fin de la ligne les yeux se portaient involontairement sur la ligne correspondante de la colonne suivante. Au commencement de la ligne ils se portaient involontairement sur la ligne correspondante de la colonne précédente. Dans le 1er cas, il y a propulsion, dans le 2e rétropulsion. Les mouvements de rétropulsion sont bien plus gênants que ceux de propulsion.

H. L.

Note sur un cas de troubles trophiques avec élévation de la température, consécutifs à une plaie intéressant plusieurs branches nerveuses, par G. HAYEM (*Arch. de physiologie*, n° 2, *mars et avril* 1878).

Cette observation se rapporte à un jeune homme de 22 ans, qui, à l'âge de 19 ans, en mars 1871, reçut un éclat d'obus, dans la partie moyenne et externe du mollet gauche. A la suite de cette blessure, le pied resta paralysé et douloureux ; mais ces symptômes diminuèrent peu à peu, après qu'on eût enlevé, en novembre 1871, outre l'éclat d'obus, trois séquestres osseux assez volumineux. Les plaies étaient cicatrisées, le malade recommençait à marcher, quand, en mai 1874, survinrent dans le pied des fourmillements et des picotements : le gros orteil, puis le pied gauche se tuméfièrent ; l'ongle du gros orteil tomba, les autres se fendillèrent ; enfin, des ampoules, puis des ulcérations profondes, en tout semblables à celles du mal perforant, se produisirent sous le premier et le deuxième orteil.

A l'entrée de ce jeune homme, et pendant le séjour assez long qu'il fit à deux reprises, à l'hôpital de la Charité, on constate, outre les lésions du pied, des cicatrices de la jambe, multiples et adhérentes, siégeant au niveau des nerfs musculo-cutanés, tibial postérieur, saphène interne qu'elles doivent intéresser. Au niveau de ces cicatrices, ou en dehors sur la jambe et le pied, la peau présente des plaques d'anesthésie et d'hyperesthésie très-irrégulièrement entremêlées, les poils de la jambe sont plus développés et plus riches en pigment du côté malade ; le pied gauche est le siége de sueurs très-abondantes : sa température dans de multiples mensurations, a dépassé de

5° à 19° celle du pied droit ; et de plus, le membre malade a offert une résistance presque absolue au refroidissement à l'air. Cependant on n'a constaté sur ce pied gauche aucun trouble vaso-moteur appréciable, et l'application de courants électriques ascendants ou descendants n'a déterminé que des modifications vaso-motrices et caloriques contestables.

Enfin, outre les symptômes de paralysie complète des orteils, et de paralysie incomplète du pied, on a noté une atrophie notable de la cuisse gauche, portant surtout sur le vaste interne, atrophie qui a lentement progressé malgré l'électrisation, et l'exercice du membre.

M. Hayem attache, avec raison, suivant nous, une grande importance à cette atrophie, à marche progressive, survenant tardivement, presque limitée à un muscle de la cuisse, alors que la lésion porte sur des nerfs de la jambe.

Cette atrophie fournit la preuve que les troubles trophiques survenus chez ce malade trois ans après la blessure, doivent être produits non par la lésion initiale des nerfs, mais par une irritation ascendante qui en se propogeant à la moelle y a déterminé une altération plus ou moins profonde.

Il est en effet impossible comme le montre l'auteur, d'expliquer par la seule lésion des nerfs périphériques ces sueurs presque constantes, cette augmentation énorme et persistante de la température, surtout si on se rappelle que ces symptômes ne paraissent être devenus appréciables que trois ans après la lésion initiale. Il existe au contraire quelques faits dus à Weir Mitchell, Brown-Séquard, etc., dans lesquels, comme dans celui-là, l'idée d'une lésion médullaire consécutive permet seule d'expliquer des lésions trophiques dont la cause est en apparence périphérique.

Il est inutile de faire ressortir l'intérêt de cette discussion pathogénique. COUTY.

Description d'une attaque d'hystéro-épilepsie, par CHARCOT (*Soc. de biol.*, 13 *juillet* 1878, *et Gaz. méd. de Paris*, *n°* 30, 1878).

On peut, dans la grande attaque hystéro-épileptique, distinguer trois périodes principales :

1° *Période épileptoïde.* — Quand l'aura est montée de la région ovarique au creux stomacal, qu'elle a produit au cou une sensation de boule, qu'elle a déterminé les phénomènes de clou dans la tête, les sifflements dans les oreilles, alors surviennent les secousses épileptiques qui ne tardent pas à se généraliser, surtout dans la seconde phase de cette période où les membres, la tête, le tronc, sont agités de secousses cloniques et toniques. Puis les secousses se ralentissent, et alors la malade tombe dans un sommeil stertoreux. Il y a alors un entr'acte.

2° *Période des contorsions, du clownisme hystérique.* — Ce sont de grands mouvements, ordinairement désordonnés du corps, des bras, de la tête, du tronc, qui prennent des attitudes souvent bizarres, lesquelles ne persistent pas.

3° *Période des attitudes passionnelles.* — Le visage exprime tantôt la joie, tantôt la terreur; la malade commence à parler, pousse des paroles entrecoupées, fait connaître les objets de sa joie ou de sa terreur. Il est à remarquer que, dans la première période, ou période épileptoïde, dans

les descriptions qu'elle donne, c'est le noir qui prédomine, elle voit des animaux gris, des rats, des serpents; dans la deuxième période, au contraire, ce sont des objets rouges. A ce sujet, M. Charcot a présenté des dessins de M. P. Richer, qui représentent les malades épileptiques à différentes périodes de leur accès. HENRI HUCHARD.

Hystérie à forme viscérale (*Extrait d'une leçon de* **POTAIN**, *in Gaz. des hôp.*, *n°* 36, 1878).

Il s'agit d'une jeune fille dont l'affection a été si obscure, que plusieurs médecins ont diagnostiqué des tubercules pulmonaires, un ulcère simple de l'estomac, une péritonite tuberculeuse.

Jeune fille réglée à 18 ans. A cet âge, hémoptysie, puis hématémèse, qui cessaient souvent quand les règles paraissaient, et augmentaient ou contenaient moins de sang, quand les règles manquaient. Dernièrement avec ces vomissements, elle eut des symptômes qui firent penser à une péritonite, et aujourd'hui le ventre est tendu, résistant, sans tumeur. La malade est tourmentée par une toux fréquente, quinteuse, ayant les caractères de la toux nerveuse. — Aucun signe stéthoscopique dans la poitrine.

Or, chez cette jeune fille, il est difficile d'admettre des tubercules produisant une hémoptysie, datant de si loin; les hémoptysies ont commencé au moment de la menstruation, ont paru suppléer les règles, et c'est là un signe important, quoique chez les vrais phthisiques les hémoptysies, se produisent souvent au moment où les règles devraient avoir lieu.

Chez cette jeune fille, les accidents abdominaux se sont produits à l'occasion d'une petite hématocèle rétro-utérine constatée par le toucher, comme cela se voit chez les hystériques, chez lesquelles le moindre phénomène matériel amène des accidents d'ordre nerveux considérable, au point que la lésion peut passer inaperçue et qu'on nie le phénomène essentiel. Donc ce tympanisme, qui peut faire croire à des tumeurs abdominales, cette toux nerveuse semblable à celle de la phthisie, ces vomissements etc., sont des phénomènes hystériques à rapprocher de l'hyperesthésie de la peau, de l'insensibilité de l'épiglotte. La mobilité des symptômes, leur substitution, l'importance des manifestations fonctionnelles hors de proportion avec les lésions qu'on rencontre, doivent donc être rattachés à l'hystérie à forme torpide, froide, viscérale qu'on rencontre dans les conditions d'ennui, de vie retirée, de *tædium vitæ* qu'on observait autrefois si souvent chez les femmes enfermées malgré elles dans les couvents.

HENRI HUCHARD.

Case of anosmia following a blow on the occiput (Cas d'anosmie, à la suite d'un coup sur l'occiput), par F.-I. KNIGHT (*Boston med. and surg. Journ.*, 13 *septembre* 1877).

M. X..., marchand de thé, et âgé de 42 ans, vint consulter l'auteur vers la fin de janvier 1877. Trois ans auparavant, il avait reçu en tombant de voiture un coup sur la partie postérieure de la tête, suivi d'une perte de connaissance et d'un écoulement sanguin par le nez et par une oreille. Pendant les jours suivants, il éprouva une forte douleur dans cette oreille. Mais depuis cette époque il ne s'est plaint d'aucune douleur et le sens de l'ouïe

est resté intact. Deux ou trois semaines après l'accident, et à la suite d'un gros rhume, le malade s'aperçut qu'il avait complétement perdu le sens de l'odorat. Il n'avait jamais été sujet au catarrhe nasal aigu ou chronique. Au goût, il pouvait reconnaître le doux, l'aigre, le salé, l'amer, mais ne pouvait distinguer entre les différentes espèces de viande, de vin ou de thé. En examinant le nez, on constata une légère déviation de la cloison à droite; un peu de rougeur de la muqueuse de la cloison et de la partie antérieure des cornets moyens; un léger gonflement des cornets inférieurs.

A quoi était due l'anosmie? Peut-être à une fracture de l'ethmoïde. L'auteur passe en revue l'anatomie de l'organe olfactif et la physiologie de l'odorat et du goût. Il cite ensuite plusieurs observations d'individus qui, à la suite de coups reçus sur la tête, avaient perdu le sens de l'odorat, et discute quelle peut être la lésion qui produit ce phénomène.

J. B. H.

De la chorée vulgaire chez les vieillards, par CHARCOT (*Progrès médical*, 9 *mars* 1878).

Chez les vieillards, la chorée ne diffère pas essentiellement de la chorée vulgaire; elle est très-rare chez eux et suit une marche chronique; la santé n'est pas compromise, mais la maladie est incurable.

La plupart des vieillards choréiques sont dans un état de démence plus ou moins accusé. Il ne semble pas qu'il y ait de rapport entre la chorée et le rhumatisme, on n'a pas jusqu'ici constaté de lésions cardiaques.

La chorée chez les vieillards paraît être une maladie émotionnelle.

H. L.

De la chorée rhythmique hystérique, par CHARCOT (*Progrès médical*, 9 *février* 1878).

La femme X., âgée de 19 ans, subit une série de mouvements réguliers que l'on peut ainsi décomposer. Le tronc s'infléchit lentement sur le bassin, entraînant la tête qui s'incline sur la poitrine et arrive jusqu'à 50 centimètres du genou situé dans l'extension, puis la tête et le tronc se redressent et retombent lourdement sur le lit; ce même mouvement se répète ainsi de 30 à 80 fois par minute. Au moment de la flexion complète de la tête le membre supérieur est dans l'extension : son grand axe dirige verticalement; étendu sur le bras l'avant-bras subit un mouvement de pronation. Dans cet instant la jambe est étendue sur la cuisse, le pied fléchi sur la jambe. La flexion des 2 membres commence aussitôt que se prononce le redressement du tronc; quand la tête et le tronc sont complétement étendus, l'avant-bras est fortement fléchi sur le bras, la main sur l'avant-bras, et en même temps la cuisse est fléchie sur le bassin, la jambe sur la cuisse, de sorte que le talon arrive presque au contact de la fesse. Cette flexion forcée ne dure qu'un instant et fait place à l'extension.

Cette série de phénomènes suit une régularité parfaite nuit et jour, sauf pendant quelques heures de sommeil. Le matin, au réveil, les membres sont le siége d'une rigidité musculaire. Les membres du côté droit sont seuls en mouvement.

Sur la face on voit, au moment où la tête et le tronc se renversent en arrière, la commissure labiale droite tirée en dehors et à droite. La déviation

cesse au moment où la tête se fléchit. Au même moment où se fait cette grimace si la malade tire la langue on voit sa pointe déviée à droite.

La malade étant debout, les mouvements involontaires sont aussi prononcées ; elle a besoin d'un bras pour marcher.

La malade présente les signes très-nets de l'hystérie ; ovarie droite, hémianesthésie, et thermoanesthésie droite, avec altération plus ou moins complète des sens spéciaux du même côté. Elle est de plus polymétallique, sensible à l'or et à l'étain, et sujette aux crises hystéro-épileptiques.

La compression de la région ovarienne amène toujours l'arrêt des mouvements rhythmiques ; les membres deviennent alors rigides. La compression suspendue, aussitôt les mouvements recommencent. H. L.

Note sur une observation d'athétose suivie d'autopsie, par L. LANDOUZY (*Soc. anatomiq. Paris, janvier*, 1878).

Cette importante observation a trait à une femme de 32 ans affectée depuis trente ans de mouvements incessants limités à la main et à l'avant-bras droits, aux orteils et au cou-de-pied du même côté, mouvements survenus, au dire des parents, à la suite d'une vive frayeur. La malade ne présente et n'a jamais présenté d'accidents convulsifs, de troubles intellectuels ou sensitifs : les membres droits, bien conformés, nullement paralysés, ne sont le siége d'aucune modification du système musculaire : il s'agit donc d'un cas (rare dans l'histoire de l'athétose) dans lequel les mouvements convulsifs limités au côté droit sont le seul et unique phénomène pathologique, qu'une autopsie complète et détaillée met en regard d'une *lésion unique*, lésion du noyau extraventriculaire du corps strié gauche. Le noyau lenticulaire est, dans sa partie antérieure seulement, occupé par un foyer de ramollissement enfermant en son milieu un calcul du volume d'un haricot. Un certain degré d'amincissement du pédoncule cérébral gauche, l'intégrité du bulbe semblent prouver, que, dans le ramollissement lenticulaire, avaient disparu certaines des fibres lenticulo-pédonculaires. Là se bormait le retentissement de la lésion dont le travail inflammatoire semblait n'avoir point envahi la capsule interne.

Au sujet de la nature de la lésion lenticulaire, on ne saurait émettre que des présomptions : s'agit-il d'un gliôme, ne s'agit-il pas plutôt d'un tubercule qui, après avoir éclos, à l'époque où les premiers phénomènes d'athétose ont été remarqués chez la malade, s'est arrêté dans son évolution ?

Pour ce qui est, dans l'espèce, de la physiologie pathologique de l'athétose, ne s'expliquerait-elle pas par l'excitation, soit des fibres lenticulo-pédonculaires incluses dans le foyer, soit des fibres de la capsule interne bordant le foyer, excitation entretenue, soit par le travail cicatriciel dont le foyer était devenu le siége, soit par le calcul qui s'y était enkysté?

Quoi qu'il en soit des explications à fournir pour trouver le procédé instrumental de cette hémiathétose, cette autopsie garde toute son importance en ce sens qu'elle justifie, aux yeux de l'auteur, par l'anatomie pathologique, le rapprochement fait, au nom d'analogies symptomatiques, par l'École de la Salpétrière, quand elle estime que l'athétose n'est qu'une variété de la chorée symptomatique. L. L.

Un nouveau cas d'athétose, par Fr. BJÖRNSTROM (*Upsala lakareförenings förhandl. Bd. XII*, p. 91, 1877).

Observation. — Le malade était âgé de 36 ans, il était fort et bien constitué. En 1867, il eut un chancre infectant pour lequel il suivit assez longtemps un traitement mercuriel. En 1872, paralysie du droit interne de l'œil droit. En 1873, céphalalgie violente et nystagmus. Plus tard, hémianesthésie faciale et pertes de connaissance. Iodure de potassium. — Hydrothérapie, au mois de septembre 1875. — Cécité bilatérale et parésie des deux membres inférieurs.

A ce moment on constate, à l'ophthalmoscope, de l'œdème de la papille droite avec de la dégénérescence grise périphérique; de plus une atrophie blanche du côté gauche. Iodure de mercure; sirop de Gibert à l'intérieur; saignées locales.

Au mois de février 1876, flexion et extension de la main droite involontaires. Quinze jours plus tard, mouvements du petit doigt, puis de tous les doigts de la même main. En octobre, les mouvements des doigts devenus rhythmiques variaient entre l'extension complète et l'abduction et une flexion lente accompagnée d'adduction. La flexion se passait dans l'articulation métacarpo-phalangienne, et le doigt formait, vers la fin du mouvement, un angle maximum de 45° sur la main. Il y avait environ 150 flexions et extensions par minute.

Lorsque l'on arrête de force les doigts, il se produit un violent mouvement d'extension et de flexion dans le bras et la tête. Lorsque le sommeil est profond, tout cesse; mais quand il devient plus léger, vers le matin, les mouvements recommencent et durent toute la journée.

L'avant-bras droit est plus amaigri que le gauche dont les muscles sont durs et saillants. Pas de douleurs dans les bras.

Lorsque la tête n'est pas soutenue elle se meut dans le sens horizontal; ce mouvement est plus appréciable encore dans les mouvements volontaires.

L. THOMAS.

OBSTÉTRIQUE.

I. — Die Lage des Uterus und Fœtus am Ende der Schwangerschaft (Des rapports du fœtus et de l'utérus à la fin de la grossesse), par BRAUNE (*Leipsig*, 1872).

II. — Ueber das Verhalten des Uterus und Cervix in der Schwangerschaft und während der Geburt (De l'utérus et du col utérin pendant la grossesse et pendant l'accouchement), par BANDL (*Stuttgart*, 1876, *Centralblatt für Gynäk. von Fehling*, n° *X*).

III. — Das Verhalten des Cervix uteri während der letzten Schwangerschaftmonate (Du col utérin dans les derniers mois de la grossesse), par A. MARTIN (*Zeits. für Geburtshülfe und Gynäk.*, 1 *B.* 2 *H.*).

IV. — Discussions à la Société obstétricale de Leipzig (Séance du 19 février 1877) et à la réunion des gynécologues allemands à Munich (*Arch. für Gynäk.*, 12 *B.* 2 *H.*)

V. — Beitrag zur Anatomie des Cervix Uteri während der Schwangerschaft und der Wochenbettes (Contribution à l'anatomie du col utérin pendant la grossesse et les couches), par O. KÜSTNER (*Archiv für Gynäk.*, 12 *B.* 3 *H.*).

VI. — Anatomischer Beitrag zur Fage vom Verhalten des Cervix während der Schwangerschaft (Recherches anatomiques à propos du col pendant la grossesse), par P. MÜLLER (*Archiv für Gynäk.*, 13 *B.* 1 *H.*).

I. — Braune, on le sait, a démontré sur des coupes d'utérus gravides, congelés, que le col n'avait pas au moment du travail, les dimensions de 2 1/2 à 3 centimètres qu'il a hors l'état de gestation, mais bien les dimensions surprenantes de 10 centimètres en avant et 10 centimètres en arrière.

Le fait anatomique ne pouvait passer inaperçu, il fut bientôt confirmé par les différents auteurs qui cherchèrent à en constater la réalité. Il remit donc en question le mode de dilatation du col, qui semblait être résolu.

II. — Le travail de Bandl avait principalement pour but de reprendre cette question de la dilatation du col (*Voy.* IX, 626).

Bandl fit remarquer que lorsqu'on introduit le doigt au delà du col utérin, dans la cavité utérine, on sent d'abord la partie inférieure du col, relativement résistant, circonscrivant un conduit étroit, quelquefois même très-étroit, surmonté par un premier rétrécissement, qu'on peut appeler rétrécissement intermédiaire. Au delà on trouve une excavation infundibuliforme, très-molle, à parois lisses, tandis que le canal cervical présente les plis de l'arbre de vie et à quelques centimètres du rétrécissement intermédiaire un sillon plus résistant, articulaire, constitué par un anneau musculaire saillant. C'est le rétrécissement supérieur. Ces désignations de *rétrécissement* sont impropres, mais les autres dénominations données à ces différentes parties sont encore bien plus mal appliquées. Il faut cependant les connaître pour comprendre l'analyse qui a déjà été faite dans la *Revue*, et les considérations qui vont suivre. Bandl appelle le conduit rétréci du col, *le col*, le rétrécissement intermédiaire, *l'orifice verum ou spuricum, ou l'orifice de Müller*, la dilatation infundibuliforme située au-dessus le *segment inférieur de l'utérus*, le rétrécissement supérieur *l'orifice de Braune*. Toutes ces différentes parties correspondent au col de Braune. Au-dessus de l'orifice de Braune se trouverait seulement le corps de l'utérus.

A l'examen microscopique, ces différentes parties se distinguent par des caractères différents. La paroi utérine, très-épaisse au-dessus de l'orifice de Braune, est très-amincie au-dessous. La muqueuse du corps de l'utérus est villeuse, à cause de ses rapports avec les membranes de l'œuf et d'un rose pâle. La muqueuse du segment inférieur est lisse, plus mince que la muqueuse du corps et du col, rose pâle ; elle présente quelques saillies transversales. A sa surface on trouve quelques lambeaux que l'auteur considère comme des fragments de la caduque. La

muqueuse du col, plus épaisse, d'un rouge beaucoup plus foncé, présente les plis reconnaissables de l'arbre de vie.

A l'examen microscopique, on reconnaîtrait que la muqueuse de col a seule les caractères de la muqueuse cervicale, la muqueuse du segment inférieur a le caractère analogues à ceux de la caduque, mais s'en distingue notablement sous quelques rapports. Chez les multipares seulement on retrouve la muqueuse du col avec ses caractères à 1 ou 2 centimètres 1/2 au delà de l'orifice de Müller, dans le segment inférieur. Bandl tire de ces constatations, des conclusions que d'ailleurs il a abandonnées depuis, ainsi que nous aurons l'occasion de l'indiquer plus tard. Il pense que le segment inférieur de l'utérus est constitué par le chevauchement l'une sur l'autre de la tunique musculaire du col qui est remonté, et de la muqueuse du corps qui est descendu, la muqueuse du col ne se laissant distendre par en haut que d'une façon exceptionnelle.

Ces examens ont été faits sur des cadavres de sept (?) femmes mortes, pour la plupart, à la suite d'excès éclamptiques,

L'auteur conclut de son travail que dès que le col commence à se ramollir dans sa partie supérieure, c'est-à-dire vers le 7e mois lunaire, il se laisse distendre à la partie supérieure par la partie fœtale qui se présente et alors subit petit à petit les modifications que nous avons signalées. De cette façon, au moment du travail, le col réduit à son minimum continue à se distendre, offrant la plus grande et la dernière résistance à son orifice externe. Il ne peut pas admettre que la dilatation observée par Braune soit la conséquence des quelques heures du travail, il ne croit pas qu'au point de vue anatomique cela soit soutenable.

III. — A. Martin a demandé à une autre méthode le moyen de résoudre cette question. Il a étudié seulement la portion vaginale du col chez un assez grand nombre de femmes enceintes, soit à propos de sa longueur, soit à propos de sa situation, soit à propos des modifications qu'il peut présenter. S'il y a des opinions si divergentes à ce sujet, cela tient à ce qu'on a accordé trop d'importance au toucher vaginal. Il insiste sur la nécessité d'examiner le col à l'aide du spéculum et de le mesurer directement à l'aide d'un instrument analogue à celui dont les cordonniers se servent pour prendre la longueur du pied. Cette évaluation présente aussi ses inconvénients. Avant d'insister sur les conséquences que l'auteur se croit en droit de tirer de ses observations, notons quelques-uns des résultats qu'il a enregistrés dans un très-grand nombre de tableaux. Il examina 68 primipares et 37 multipares.

DANS LE CAS OU LA TÊTE EST FIXÉE AU DÉTROIT SUPÉRIEUR.

MOIS DE LA GROSSESSE.	PRIMIPARES. NOMBRE d'observations.	PRIMIPARES. LONGUEUR de la partie antérieure.	PRIMIPARES. LONGUEUR postérieure.	PRIMIPARES. LARGEUR de la base du col.	PRIMIPARES. LARGEUR de la pointe.	MULTIPARES. NOMBRE d'observations.	MULTIPARES. LONGUEUR de la partie antérieure.	MULTIPARES. LONGUEUR de la partie postérieure.	MULTIPARES. LARGEUR de la base.	MULTIPARES. LARGEUR de la pointe.
7e mois	11	1.8 centimètres.	3.4	2.3	1.7	3	1.4	3.9	2.4	1.7
8e mois	11	2 —	4.1	2.5	2.1	6	1.6	4.1	2.4	1.9
9e mois	34	2 —	4.5	2.5	2	23	2.1	4.1	2.5	2
10e mois	84	2.3 —	4.4	2.5	2	36	2.3	4.3	2.7	2

DANS LE CAS OU LA TÊTE EST MOBILE AU DÉTROIT SUPÉRIEUR.

7e mois	8	1.9 —	3.7	2.3	1.7	9	1.7	4	2.4	1.9
8e mois	16	1.7 —	3.4	2.3	1.7	11	2.1	4	2.5	1.9
9e mois	32	1.8 —	4	2.4	1.8	21	2.1	3.9	2.6	2.1
10e* mois	61	2.4 —	4	2.5	1.9	15	2.2	4.3	2.5	2

* Les Allemands comptent la durée de la grossesse d'après les mois lunaires.

1° *Dimension du col.*

Nous n'indiquons pas les calculs que l'auteur relate à propos des cas où la tête était tantôt fixée, tantôt mobile au détroit supérieur.

Ces résultats sont intéressants à noter, car les auteurs ne sont pas d'accord sur la longueur du col dans les derniers mois de la grossesse. Ils admettent généralement qu'il se raccourcit.

Il résulte de ces calculs que le développement du col dans sa longueur, mais surtout dans sa largeur s'accomplit à peu près suivant les mêmes conditions chez les primipares que chez les multipares. On pourrait encore supposer que la situation de la partie fœtale, surtout de la tête, a une influence marquée sur les modifications observées du côté du col. Il n'en est rien. Que la tête soit fixée ou mobile, on n'observe en effet pas d'oscillations correspondantes dans le développement du col. Ce développement s'accomplit d'une façon régulière à mesure que la grossesse est plus avancée. La seule différence que l'on peut mentionner c'est qu'il est précoce, lorsque la tête est mobile au détroit supérieur. La lèvre antérieure du col présente un développement un peu plus considérable que la lèvre postérieure.

A. Martin considère ce développement du col comme la conséquence des troubles circulatoires survenus dans le col par le fait de la compression exercée par la partie fœtale sur le segment inférieur de l'utérus. Il pense qu'il n'est pas limité à la portion vaginale, mais encore à la portion sus-vaginale. Il n'y a aucune raison anatomique pour que le fait observé pour la première partie ne soit pas applicable à la seconde. Il en résulte donc que le col présente dans dans toute son étendue et toutes ses dimensions un accroissement notable et progressif.

Il est utile de comparer les chiffres des mensurations précédentes aux mensurations prises chez les mêmes femmes au moment où elles ont quitté la maternité. On y constatera la rétrocession rapide du col, et la diminution notable des différentes mensurations qui ont été enregistrées.

JOUR de la sortie.	NOMBRE des sortantes.	LONGUEUR			LARGEUR	
		de l'utérus.	de la lèvre antérieure.	de la lèvre postérieure.	de la base.	de la pointe.
8e jour (post partum)	8	9.5	1	2.8	2.3	1.8
9e.....	30	10	1.3	2.9	2.3	1.8
10e.....	35	10	1.2	2.7	2.3	1.9
11e.....	12	9	1.1	2.9	2.3	1.8
12.....	7	9	1.6	2.8	2.3	1.9

2° *Situation du col.*

A ce sujet encore les opinions des auteurs sont très-différentes. A. Martin a divisé les cas qu'il a observés suivant que le col regarde le sacrum

ou le plancher du bassin, et ses degrés aux deux variétés : lorsqu'il regarde le sacrum, suivant qu'il est dirigé vers sa partie supérieure ou sa partie inférieure ; lorsqu'il regarde le plancher du bassin suivant qu'il est dirigé en arrière ou en avant.

Chez les primipares le col est plus souvent dirigé vers le sacrum que vers le plancher du bassin, et cela dans une proportion un peu plus grande lorsque la tête est engagée et fixée au détroit supérieur que lorsqu'elle y est mobile. Lorsqu'il regarde le plancher du bassin, il est ordinairement dirigé en arrière. On ne le trouve que dans 3 cas pour 100 en avant, contre le pubis. Ces derniers rapports ne sont observés que dès le 8e jusqu'au 10e mois. Lorsque le col regarde en arrière, il n'est jamais horizontal, comme l'ont indiqué quelques auteurs, mais oblique : il fait avec l'horizon un angle de 23° à 45°.

Tandis que chez les primipares avant le 8e mois le col regarde ordinairement en arrière, chez les multipares il est souvent dirigé vers le plancher du bassin. Mais à mesure que la grossesse est plus avancée, la direction en arrière s'accuse de plus en plus. Cela ne s'effectue d'ailleurs avec régularité que lorsque la tête est fixée au détroit supérieur. Alors le col est presque constamment dirigé vers le sacrum ; dans 6 cas seulement sur 100, il regarde le plancher du bassin. Mais c'est une circonstance relativement exceptionnelle chez les multipares, ordinairement la tête est mobile au détroit supérieur, ou n'y est fixée que temporairement; alors la proportion des cas où le col est dirigé vers le plancher du bassin devient beaucoup plus considérable, quelquefois on rencontre même cette situation plus fréquemment que celle où le col est dirigé vers le sacrum. Le col est bien plus souvent dirigé contre le pubis, chez les multipares, que chez les primipares. Voici d'ailleurs les résultats très-abrégés, indiqués par l'auteur dans de nombreux tableaux.

DIRECTION du col.	PRIMIPARES.								MULTIPARES quelle que soit la situation de la tête fœtale.				
	TÊTE FIXÉE AU DÉTROIT SUPÉRIEUR.				TÊTE MOBILE AU DÉTROIT SUPÉRIEUR.								
	7e mois.	8e mois.	9e mois.	10e mois.	7e mois.	8e mois.	9e mois	10e mois.	6e mois.	7e mois.	8e mois.	9e mois.	10e mois.
Vers la partie postérieure du bassin...	100 0/0	50 0/0	70 0/0	68 0/0	73 0/0	58 0/0	76 0/0	77 0/0	37 0/0	33 0/0	61 0/0	64 0/0	74 0/0
Vers le plancher du bassin.....	»	50 0/0	30 0/0	32 0/0	27 0/0	42 0/0	24 0/0	23 0/0	63 0/0	67 0/0	39 0/0	36 0/0	26 0/0
En avant et en haut....	0	0	0	3 0/0	0	0	0	3 0/0	30 0/0	17 0/0	17 0/0	8 0/0	7 0/0

3° *Modifications présentées par le col.*

Nous avons à les examiner, quant à l'aspect : 1° de l'orifice externe ; 2° du canal cervical ; 3° de l'orifice interne.

Orifice externe. — On ne trouve pas ordinairement l'orifice externe ouvert chez les primipares avant le 9e mois; à partir de ce moment on constate ce fait d'autant plus souvent qu'on se rapproche davantage du moment de l'accouchement. Cependant 16 fois pour 100 le col reste fermé jusqu'au moment du travail. La situation de la tête fœtale n'a aucune influence sur la production de ce phénomène. Contrairement à ce qu'on admet l'orifice externe est fermé chez les multipares dans le 1/4 des cas. A partir du 8e mois il est presque toujours entr'ouvert ; cependant il peut rester fermé jusqu'au moment du travail. L'auteur en signale un cas.

Canal cervical. — Danyau décrit l'aspect fusiforme du canal cervical chez les primipares. Cela serait exceptionnel. Il aurait presque toujours l'aspect infundibuliforme.

Orifice interne. — L'étude de l'orifice interne est surtout très-importante. Ce que nous avons dit au début de cette analyse à propos des recherches de Braune et de Bandl justifient suffisamment cette opinion. Il n'est guère perméable chez les primipares que dans le courant des quatre dernières semaines et il reste souvent fermé jusqu'au moment de l'accouchement. On le trouve un peu plus souvent entr'ouvert avant cette époque chez les multipares. Dans quelques cas, après avoir constaté qu'il était ouvert, on l'a vu se refermer. La position de la tête n'a aucune influence sur ce phénomène. Au-dessus du rétrécissement constaté par l'orifice interne et surtout nettement accusé à la partie antérieure, on constate une dilatation infundibuliforme qui appartient bien à la cavité du corps utérin, qu'on reconnaît à la surface lisse de sa muqueuse. L'œuf ne pénètre presque jamais dans le col utérin avant le travail, ou bien alors, sa partie postérieure s'introduit par la partie postérieure, jamais par la partie antérieure. A. Martin pense donc que l'orifice interne persiste jusqu'au moment du travail.

Lorsque le travail est commencé, le col peut subir les modifications décrites par Braune. Cela est facile à comprendre, si l'on admet que l'augmentation du volume qu'on a observé pour la portion sous-vaginale existe aussi pour la portion sus-vaginale. Il suffit alors d'un faible tiraillement, d'une distension modérée pour qu'il acquière 10 centimètres en avant, 10 en arrière, comme Braune l'a indiqué dans ses reproductions iconographiques. Il n'y a dans ce fait, rien d'impossible, et cette impossibilité, soutenue par Bandl, n'existe pas, en réalité.

Martus n'admet pas l'opinion soutenue par Bandl, à savoir, que la partie supérieure du col s'ouvrait déjà dès les derniers mois de la grossesse afin de participer à la formation de la cavité utérine. Il croit, ainsi que nous venons de le voir, qu'il n'est pas impossible que le col subisse au moment du travail une distension suffisante pour égaler les dimensions du col décrit par Braune. Enfin, il reprend chacun des arguments de Bandl.

Bandl s'appuyant sur la sensation des deux rétrécissements, l'intermédiaire et le supérieur, a admis la pénétration avant le travail de l'orifice interne du col dans l'intérieur de la cavité utérine. Martin n'a pas pu constater ces phénomènes. Il a bien trouvé, au-dessus du col de Müller, une excavation infundibuliforme, mais en la parcourant du doigt, il n'a reconnu qne la saillie du pubis ou de la ligne innominée, reconnaissable à travers la paroi utérine.

Les arguments microscopiques avancés par Bandl ne lui paraissent pas avoir plus de valeur. Ce dernier auteur mentionne l'amincissement du segment inférieur de l'utérus pour conclure à sa distension. Martin fait remarquer que les cadavres observés par Bandl appartenaient à des éclamptiques et que dans ce cas on ne peut pas affirmer qu'il n'y ait pas un commencement de travail. Le corps de l'utérus se contracte alors, et les parois du col sont distendues et dilatées. Il a aussi fait l'autopsie d'éclamptiques et il a reconnu l'épaississement considérable des parois du corps et l'amincissement relatif des parois du col, mais toutes les fois qu'il a fait l'autopsie de femmes enceintes, mortes bien certainement avant tout début de travail, il ne lui a pas été possible d'observer ces particularités.

Il conclut donc, contrairement à Bandl, que l'orifice interne du col reste à sa place, pendant toute la durée de la grossesse, et qu'il ne se confond avec la cavité utérine qu'un moment du travail. Il admet donc la théorie qui a été soutenue en France par Stoltz.

Sans rappeler les considérations qui ne s'appliquent pas directement à la discussion du mode de dilatation de l'orifice interne et qui ont un intérêt réel dans le travail de Martin. Rappelons seulement quelques points. Quelle que soit l'opinion divergente de Bandl et de Martin, il existe pendant la grossesse au-dessus du rétrécissement qui surmonte le canal cervical, un espace infundibuliforme qui n'est pas occupé par l'œuf, ou qui ne l'est que d'une façon exceptionnelle. C'est un premier point acquis ; il s'agit maintenant de savoir si cet espace appartient au segment inférieur de l'utérus ou à la partie supérieure du col dilaté. Quant aux mensurations de col de Martin, elles sont en contradiction absolue avec les faits. L'évaluation du col snr la table d'autopsie n'offre pas la longueur du col calculé par cet auteur sur la femme vivante ; il s'est donc probablement servi d'un procédé défectueux de mensuration. Il indique d'ailleurs qu'en appuyant sur le segment inférieur de l'uétrus, on fait saillir le col dans la cavité vaginale.

C'est à l'anatomie et principalement à l'anatomie microscopique qu'il faut demander des preuves certaines ; c'est elle qui en nous éclairant sur la nature de la muqueuse du segment inférieur va nous permettre d'avoir une opinion exacte. A ce sujet, d'ailleurs, les opinions sont encore contradictoires.

V. — Küstner a eu l'occasion de faire ces recherches. Lorsque la femme n'est pas en travail, bien certainement on trouve un amincissement du segment inférieur portant sur toutes les tuniques ; celles-ci sont moins épaisses que celles du col et surtout que celles du corps,

Les observations de Bandl sur la muqueuse du segment inférieur ne sont pas exactes, on ne trouve nulle part des débris de la caduque. La muqueuse du segment inférieur est partout recouverte d'un épithélium (*mit flimmerhaare*). Il ne peut donc pas être question d'un glissement de la muqueuse du corps, pour constituer la muqueuse du segment inférieur ; cette muqueuse n'a jamais été en rapport avec les membranes de l'œuf.

Cependant la structure de la muqueuse du segment inférieur très-différente de celle du corps, est aussi différente de celle du col. Elle présente trois couches : une couche supérieure compacte, une couche intermédiaire, alvéolaire, une couche profonde. Elle se rapproche donc de la

structure de la caduque, mais on n'y trouve nulle part de cellules géantes. La muqueuse du col a au contraire la structure de la muqueuse cervicale, on n'y rencontre pas les trois couches, les glandes y sont plus étroites et par conséquent le tissu cellulaire interglanduleux plus abondant. Les cellules épithéliales y présentent leurs caractères habituels. Mais ce qu'on doit noter, c'est que la muqueuse de la portion extérieure vaginale du col drend progressivement les caractères de la muqueuse intra-cervicale, comme on l'observe en dehors de la grossesse. Il ne peut pas être question de l'ectropion de la muqueuse intra-cervicale, au sujet de laquelle Martus s'était étendu dans le but de démontrer qu'il ne pouvait être question de la traction de la muqueuse par en haut pour former la muqueuse du segment inférieur de Bandl. De même à la partie supérieure, au niveau de l'orifice de Müller, on trouve des modifications progressives de texture qui établissent la transition entre la muqueuse du col et celle du segment inférieur.

Enfin on trouve ces modifications non-seulement au moment du travail ou après l'accouchement, mais encore sur le cadavre de femmes mortes vers le 6e ou le 7e mois, sans qu'il y ait eu commencement de travail. Küstner fit l'examen microscopique de trois pièces, l'une appartenant à une femme morte 13 heures après son accouchement, qui eut lieu à terme, l'autre à une femme enceinte de 6 mois, dont le travail n'avait pas commencé, la troisième à une femme non en travail, probablement à son huitième, morte par strangulation. L'autopsie fut faite dans ce cas, dix heures après la mort, les épithéliums de la muqueuse étaient encore bien conservés. Il conclut de ces recherches :

1° Il y a une ouverture même précoce de la partie supérieure du col pendant la grossesse et avant l'apparition des douleurs. La muqueuse cervicale de la portion dilatée prend part dans toutes ses parties à l'hyperplasie, dépendant de la grossesse. Elle prend une structure analogue à celle de la caduque et les glandes du col jouent le même rôle que les glandes de l'utérus. L'épithélium conserve à la surface, jusqu'à la fin de la grossesse, ses caractères de cellules vibratiles *(Flimmerepithel)*. Même après l'accouchement on peut facilement retrouver cet épithélium au moins sous la forme cylindrique.

Du fait de la dilatation de la partie supérieure du col, la partie inférieure de celui-ci, le canal cervical est raccourci. On ne sent à la fin de la grossesse qu'une partie seulement du col tel qu'il existe en dehors de la gestation.

2° On ne peut pas démontrer que dans les derniers mois de la grossesse l'œuf se détache de sa surface d'insertion.

3° Après l'accouchement, le col est très-long, il s'étend jusqu'à l'orifice de Braune, il comprend donc le segment inférieur de Bandl.

Dans un nouveau cas, que Bandl eut l'occasion d'observer, l'examen de la muqueuse du segment inférieur, faite par Chiari et Breus donna des résultats analogues à ceux de Küstner. Bandl abandonne donc sa théorie de glissement de la muqueuse du corps sur la couche musculeuse du col et admet que le col se dilate pendant la grossesse dans toutes ses parties, de façon à se confondre avec le corps de l'utérus.

VI. — Müller observa trois utérus gravides et l'examen microscopique fut fait par Langhans. De ces différents examens, il maintient son opinion, à savoir que le rétrécissement auquel Bandl a donné son nom est

l'orifice interne du col, que la muqueuse située au-dessus appartient au corps de l'utérus. Il n'admet pas davantage l'opinion de Küstner. PORAK.

I. — Die intrauterinen Injectionen im Wochenbett (Des injections intra-utérines dans le traitement des suites de couches), par MÜNSTER (*Zeitsch. für Geburts. und Frauenkrankh.*, *Bd.* 1, *Heft* 2).

II. — Ueber intrauterine Injectionen von Carbolsäurelösungen im Wochenbett (Des injections intra-utérines de solutions phéniquées pendant les suites de couches), par SCHÜLEIN (*idem*, *Bd.* 2, *Heft* 1).

III. — Ueber Ausspülungen der Gebärmutterhöhle mit Carbolwasser und über Salicyl-Behandlung im Wochenbett (Des lavages intra-utérins avec l'eau phéniquée et du traitement avec l'acide salicylique pendant les couches), par C. RICHTER (*idem*, *Bd.* 2, *Heft* 1).

IV. — Ueber Lufteintritt in die Blutbahnen durch den puerperalen Uterus (De l'entrée de l'air dans les vaisseaux de l'utérus pendant les couches), par CÉZMARSKY (*Archiv für Gynäk.*, *Bd.* 13, *Heft* 2).

V. — Die Drainage des puerperalen Uterus (Du drainage de l'utérus après les couches), par LANGENBUCH (*Zeitschr. für Geburth. und Frauenk.*, *B.* 2, *Heft* 1).

L'idée des injections intra-utérines dans les complications des couches n'est certainement pas nouvelle. On en trouvera la bibliographie dans le traité de M. Hervieux et dans la thèse de Komorowski. Münster signale qu'elles ont été déjà employées par Albucasis dans les cas de rétention de l'œuf à la suite de l'avortement, que Levret et Baudelocque les ont mises en usage. Il attribue à Grünewaldt et à Winckel le mérite de les avoir érigées en méthode thérapeutique et prophylactique.

L'emploi de ce traitement a subi des revirements nombreux ; tantôt exaltées outre mesure, les injections intra-utérines ont été ensuite complétement abandonnées. Depuis quelques années on s'en occupe de nouveau et on apporte à leur étude une rigueur scientifique plus sévère.

Münster montre que les objections qui ont été faites à ce traitement ne sont pas de nature à le faire abandonner. L'entrée de l'air dans les sinus utérins, la pénétration des liquides à travers les trompes jusque dans le péritoine, le détachement des thromboses et les hémorrhagies consécutives, l'irritation de l'utérus par la canule pressant sur le fond de l'utérus, etc., ne sont pas des conditions si défavorables qu'on ne puisse y obvier. Une tension modérée du liquide, une seringue bien expurgée d'air, diverses précautions fort simples mettent absolument à l'abri de ces accidents.

Si l'on n'a pas à craindre les dangers de ce traitement, on peut difficilement en trouver un autre plus efficace et supérieur.

Nous ne pouvons pas suivre Münster dans l'énoncé de toutes les précautions qu'il conseille de prendre. Nous allons nous borner à signaler les résultats de sa pratique.

Il a donné la préférence aux injections intra-utérines de solution d'acide salicylique, 1 à 2 grammes pour 1,000. Il injectait 1, 2 ou 3 litres, jusqu'à ce que le liquide revînt clair. Par ce procédé, il n'obtenait pas

seulement une action détersive sur la muqueuse utérine, mais il excitait la contraction de la matrice, ce qui permettait l'expulsion des caillots, des fragments de membrane putréfiée, etc., et ce qui facilitait l'involution plus normale de l'organe. De plus, l'acide salicylique absorbé pouvait être retrouvé dans l'urine : il avait donc été absorbé et agissait en se diffusant.

Comme moyen prophylactique, il conseille d'employer ces injections toutes les fois que l'une des parties de l'œuf, se putréfiant, peut devenir le point de départ d'un processus inflammatoire, ou à la suite de toutes les manœuvres obstétricales, c'est-à-dire dans les cas où l'opérateur lui-même peut porter dans l'utérus les ferments septogènes. Il fit ainsi des injections intra-utérines prophylactiques dans 27 cas d'interventions graves, au moment de l'accouchement, compliquées quelquefois de lésions sérieuses. Dans aucun de ces cas, quelle qu'ait été l'élévation de la température au début, il n'y eut de complication et la fièvre céda très-rapidement.

Comme moyen thérapeutique, il employa 17 fois ces injections, 5 fois à la suite de rétention des lochies, 12 fois à la suite d'endo ou de para-métrite. Il constata de la façon la plus nette que les injections de la journée rendaient l'élévation vespérine ordinaire moins considérable ; que les injections du soir abaissaient plus qu'on ne devait s'y attendre la température du lendemain. Dans les cas de rétention lochiale, il suffit de peu d'injections pour dissiper tous les symptômes inquiétants. Dans l'endo et para-métrite, au début, il prescrivit, en même temps qu'il fit les injections intra-utérines, la décoction acide de quinquina et des vessies de glace placées sur le ventre. Le résultat fut très-favorable. Il eut un cas de mort : il s'agissait d'une endo-métrite diphthéritique, contre laquelle les injections intra-utérines sont impuissantes, comme les autres traitements.

Dans le semestre d'octobre 1876 à avril 1877, Schülein a fait donner des injections phéniquées au 3/100es, intra-vaginales, à la suite de tous les accouchements normaux, intra-utérins, à la suite des manœuvres obstétricales, ou lorsque l'utérus gravide fut le siége d'un écoulement fétide. De plus, toutes les fois qu'il constata une élévation de température chez les nouvelles accouchées, il leur fit donner une injection phéniquée au 3/100es ou au 5/100es. Il en résultait ordinairement une diminution de la température. Il put ainsi obvier dans tous les cas aux complications utérines des couches.

Voici les résultats qu'il a obtenus par ce traitement :

SEMESTRES.	NOMBRE de accouchements.	PROPORTION centésimale des cas de complications.	PROPORTION centésimale des cas de morts.	NOMBRE des malades transférés dans un autre service.
Hiver 1874-75.....	278	34.5 0/0	3.9 0/0	2
Eté 1875-76.....	217	34.1 0/0	7.3 0/0	4
Hiver 1875-76.....	240	33.3 0/0	6.2 0/0	2
Eté 1876.....	201	16.9 0/0	4 4 0/0	4
Hiver 1876-77.....	287	28.2 0/0	2.4 0/0	1

On voit que ces résultats, pour être satisfaisants, ne sont pas tout à fait concluants, puisque dans le semestre d'été 1876, la proportion des femmes malades est bien moindre que dans le semestre d'hiver, où Schülein prit les précautions prophylactiques et thérapeutiques que nous avons indiquées. L'auteur signale d'ailleurs que le nombre des accouchées était beaucoup plus considérable que celui que devait contenir la Maternité. Il y eut, en effet, 9 malades au lieu de 6 dans certaines salles.

Dans le semestre d'hiver, la proportion centésimale des suites pathologiques de couches a été de 28,2 0/0, soit sur 287 femmes accouchées à la Maternité, 81 malades atteintes de complications de toutes sortes. Parmi celles qui présentèrent des troubles des organes génitaux et de l'élévation de la température, celle-ci redevint normale 26 fois à la suite d'une seule injection intra-utérine, 29 fois à la suite de plusieurs injections.

L'auteur conclut de son travail que les injections intra-utérines :

1° Sont absolument innocentes, lorsqu'on prend les précautions nécessaires pour les administrer ;

2° Diminuent d'une façon notable les cas de mort consécutifs à l'infection puerpérale ;

3° Constituent un meilleur moyen prophylactique que les autres modes de traitement ;

4° Font tomber quelquefois la température d'une façon notable quelques heures après leur administration.

Mais les recherches les plus étendues qui aient été entreprises sur ce sujet sont celles de C. Richter, qui fit des injections intra-utérines à 3,000 femmes en couches. Il a pris les mêmes précautions que les cliniciens qui l'ont précédé ; pas plus qu'eux il n'a eu à constater d'accident, à la suite des injections intra-utérines. Mais il employa simultanément d'autres traitements qui, peut-être, rendent ces résultats un peu douteux. La vessie de glace sur le ventre, les sangsues sur le ventre, l'administration, à l'intérieur, d'acide salicylique dans les cas graves, est la thérapeutique adjuvante à laquelle il donna la préférence, et cela suivant la gravité des cas soumis à son observation.

Il se servit de solutions phéniquées au 3/100es, puis au 2/100es, lorsque les symptômes s'amendaient. Lorsqu'il employa les solutions au 5/100es, les malades éprouvèrent une sensationde brûlure inquiétante et quelques symptômes d'intoxication phéniquée, de l'eczéma des organes génitaux, enfin les urines présentaient la coloration noire qui y atteste la présence de cette substance : ce sont des preuves de l'absorption de l'acide phénique par la muqueuse utérine; on est donc en droit d'espérer que son action diffusée a une action sur les substances septogènes qui engendrent la fièvre puerpérale.

Ces injections n'eurent aucune conséquence fâcheuse : de l'excitation, de l'agitation chez les personnes très-nerveuses, surtout lorsque les injections étaient froides; une faible élévation momentanée et exceptionnelle de la température, une augmentation ordinaire des pulsations artérielles, rarement des frissons dans la région sacrée, une fois une métrorrhagie et deux fois des accès hystéro-épileptiques. Il fit ces injections aussi bien dans un but prophylactique que dans une intention thérapeutique. Il constata comme Schülein l'abaissement rapide de la

température dans les deux heures qui suivent l'injection, de 0°,5 à 3°,5, et un abaissement de pouls de 30 à 40 pulsations. Cette action est transitoire. Aussi les injections vaginales du soir ont-elles moins d'action sur la température du matin que les injections de la journée, surtout répétées, sur la température du soir.

Ces résultats ne sont pas tous concordants. C'est ainsi qu'en produisant un abaissement de la courbe de la température et du pouls, on observe, tantôt l'abaissement ordinaire, immédiat, que nous avons signalé, tantôt une élévation, il est vrai, exceptionnelle, de quelques dixièmes de degrés. Richler explique ce dernier résultat par l'excitation et la fatigue des malades; mais le pouls est surtout augmenté dans ces conditions.

L'auteur attache une grande importance pronostique à la courbe du pouls. Suivant lui, si elle reste élevée, même lorsque la température tombe, on doit considérer la lésion comme sérieuse. Si elle baisse, même lorsque la température reste élevée, on peut porter un pronostic favorable. Si le pouls redevient rapide, même lorsque la température reste normale, on doit redouter une récidive. Ordinairement la courbe du pouls est parallèle à celle de la température.

Nous ne pouvons pas suivre l'auteur dans le détail des nombreuses observations qu'il relate dans son long mémoire. Il mentionne que, dans les cas de rétention lochiale, les accidents furent conjurés, le plus ordinairement, à l'aide d'une seule injection. La température et le pouls sont les meilleurs guides à suivre dans la direction de ce traitement.

Dans les nombreux cas d'endo et de para-métrites, de formes graves de fièvre puerpérale qu'il traita ainsi, il eut à se louer de l'emploi des injections intra-utérines qui donnèrent des résultats bien meilleurs que ceux obtenus auparavant à la Maternité. Dans quelques cas, les injections ne suffirent pas, et il fallut recourir à un autre traitement : sangsues, glace sur le ventre, badigeonnages de teinture d'iode. Enfin, dans d'autres observations, malgré le traitement, la mort n'en fut pas moins la conséquence des complications puerpérales constatées.

A la suite des trois mémoires de Münster, de Schülein et de Richter, on trouve des tableaux indiquant la courbe ou la marche de la température et du pouls, ce qui facilite la lecture des observations.

Nous avons déjà signalé les accidents dont quelques auteurs ont admis la possibilité après les injections intra-utérines, à savoir : l'entrée de l'air dans les sinus utérins, la pénétration des liquides dans ces mêmes sinus, leur passage à travers les trompes jusque dans le péritoine, l'inflammation ou le détachement des thromboses, soit par le contact direct de la canule, soit par la force de projection du liquide injecté, et consécutivement l'apparition d'une métrorrhagie, etc. Je ne m'étends pas sur les considérations au sujet desquelles entre chacun des auteurs précédents pour démontrer qu'il est facile d'obvier à ces accidents.

Il en est un cependant qui est formidable, puisqu'il peut occasionner la mort, et la mort rapide : c'est l'entrée de l'air dans les sinus utérins. Les auteurs les plus recommandables considèrent ce danger comme l'objection capitale, adressée aux injections intra-utérines, c'est l'une des raisons pour lesquelles ce mode de traitement ne se généralise pas. Il est intéressant de savoir sur quelles bases s'appuient les auteurs qui se servent de cet argument. Théodor Cézmarsky a réuni les diverses

observations connues d'entrée de l'air dans les sinus de l'utérus pendant la gestation et les couches, et il publie une observation qui lui est personnelle.

Dans ces cas, le tableau symptomatique est presque toujours le même. La femme, si elle est couchée, se lève brusquement, accuse une difficulté subite de la respiration, une angoisse inexprimable, puis elle retombe, le visage pâle ou livide, le pouls imperceptible, les extrémités froides, faisant des efforts inutiles et violents pour respirer, et elle meurt en quelques minutes.

A l'autopsie, on trouve de la crépitation de l'utérus (Olshausen), du sang mousseux dans les cavités du cœur, presque toujours dans le ventricule droit seulement, dans certaines ou dans la plupart des veines de l'organisme. Quelquefois le système porte contient de ce sang mousseux, tantôt il n'en contient pas (Litzmann). La veine cave inférieure présente ces lésions au plus haut degré, tantôt on y constate de petits disques (Cézmarsky), tantôt du sang mousseux, tantôt c'est de l'air seulement, et il pouvait distendre la veine jusqu'à lui donner les dimensions de l'intestin grêle (Dünndarmdicke, Litzmann).

Ce qui est plus étrange, c'est qu'on a observé cet air dans les veines du cerveau (Lionnel, Bischoff), dans la veine coronaire stomachique (Olshausen), c'est-à-dire dans la grande circulation, et par conséquent après qu'il eut traversé les fins capillaires de la petite circulation.

Dans ces observations, on n'a trouvé aucune autre lésion pouvant expliquer la mort, et il n'a pas semblé que ces phénomènes puissent être attribués à la décomposition cadavérique.

Quelques-unes de ces observations sont, en effet, concluantes et entraînent la conviction; mais beaucoup d'autres permettent bien certainement le doute.

L'étiologie de ces redoutables accidents est particulièrement intéressante.

L'air peut entrer dans les veines à la suite de simples injections vaginales, le liquide étant d'ailleurs projeté avec une certaine force. C'est presque toujours dans les cas où l'on a voulu provoquer par ce procédé l'accouchement prématuré, ou l'avortement, que ce phénomène s'est produit. Les observations de Depaul, d'Olshausen et de Litzmann ne laissent guère de doute à ce sujet. L'observation de Spiegelberg est très-intéressante, car les accidents formidables que j'ai indiqués, survenus à la suite d'une douche vaginale donnée dans la même intention, se sont amendés et la femme guérit. Dans le cas de Winckel, c'est pour arrêter une hémorrhagie qu'on employa ce traitement. Les observations de John Swirmburn, de Wynn Williams et Simpson ne sont pas suffisamment détaillées. C'est à la suite d'une injection d'acide carbonique que la mort survint dans le cas de Scanzoni, mais l'observation est peu concluante, car l'autopsie fut négative.

L'air peut encore entrer dans les sinus pendant l'accouchement. C'est pendant le travail que Kézmarsky observa le cas qui est le point de départ de son mémoire.

Il s'agit d'une quatripare atteinte d'hydramnios, la poche des eaux bombait fortement et distendait les organes génitaux jusqu'à la vulve; elle

avait le volume du poing. La femme était alors couchée sur le côté gauche. 5 minutes après la rupture des eaux, elle est prise des accidents caractéristiques et meurt très-rapidement. A l'autopsie, on constate du sang mousseux dans l'utérus, de l'air dans la veine cave inférieure, dans le ventricule droit du cœur.

Des observations analogues ont été observées par Lévy, Wintrich, May et surtout Cordwent; les observations de Duvernoy et de Bruler sont moins concluantes.

S'appuyant sur les expériences de Schatz, l'opinion de Simpson et de Hegar, l'auteur pense qu'on peut facilement se rendre compte de ces phénomènes. Dans l'intervalle des contractions utérines, pendant le relâchement, la diastole utérine, il y a une succion des liquides contenus dans le vagin; cette succion est encore exagérée par l'inspiration thoracique qui diminue considérablement la pression intra-abdominale. Certaines circonstances, celles, par exemple, où l'utérus est dirigé en sens contraire de sa situation normale, comme dans les positions génupectorales, ou la position qu'avait la malade de Kézmarsky, dont nous avons succinctement résumé l'observation, cette tendance au vide est encore augmentée. Que sous une influence quelconque, les parois vaginales ne soient pas appliquées, comme lorsqu'elles sont distendues sur la poche des eaux; qu'au moment où celles-ci se rompent, il y ait une inspiration thoracique, la pression intra-abdominale est moins forte que la pression extérieure, et l'air se précipite dans l'ouverture restée béante. Ne serait-ce que pendant un instant très-court, cela peut avoir lieu; il peut pénétrer dans les sinus utérins aux contractions suivantes, si quelques-uns d'entre eux sont ouverts, et les accidents apparaissent avec leur violence et leur rapidité habituelles.

L'auteur admet encore la possibilité de cet accident pendant les couches. Le tableau n'a, en réalité, existé d'une façon bien évidente que dans les cas de Grailly Hewitt et de Bischoff. Les observations de Lionnet, de May, de Simpson, d'Hervieux, de Mac-Clintock, de Mad. Lachapelle sont moins concluantes. Ici c'est à la suite d'un éclat de rire, d'un accès de colère que les accidents surgirent.

Enfin, l'auteur termine son mémoire en relatant deux observations de Winckel, une de Birch-Hirschfeld, dans lesquelles des gaz fétides accumulés dans l'utérus à la suite de physométrie, auraient pu pénétrer dans les vaisseaux, compliquer les symptômes de septicémie à marche rapide. Nous n'insistons pas sur ces phénomènes qui s'écartent absolument de ceux antérieurement signalés.

Nous devons faire observer que dans toutes ces observations, il n'en est pas une seule qui ait trait aux injections intra-utérines données pendant les couches dans un but prophylactique ou thérapeutique. L'opinion de Münster, de Schülein et deRichter, à savoir : que jamais après le traitement qu'ils préconisent ils n'ont observé d'accidents graves, est donc justifiée.

Il nous reste à mentionner deux autres traitements locaux des lésions utérines puerpérales.

Je ne cite que pour mémoire le conseil de Schücking de faire l'irrigation continue de l'utérus.

Enfin, Fritsch, Schede, et plus récemment Langenbuch, ont conseillé de poser un drain à demeure dans l'utérus.

Richter fait remarquer qu'à moins de lochiométrie, le col ne fait pas obstacle à l'écoulement des lochies, que le drainage est inutile. De plus, il est nuisible, car si les lochies peuvent s'écouler facilement à travers le col dilaté, déchiré, elles ne le pourront peut-être plus lorsque sa cavité sera comblée par le tuyau du drain ; que la muqueuse utérine, irritée par ce contact, sera tuméfiée et épaissie; que le tube lui-même sera bouché par des caillots ou des débris de membrane. Il pense que le tube, s'il n'est pas nettoyé souvent, peut devenir une nouvelle voie d'infection, d'autant qu'il détermine des érosions de la muqueuse utérine, que si on le nettoie souvent, les tentatives pour le replacer feront courir des dangers à la malade.

Langenbuch croit, au contraire, que les reproches qui ont été adressés au drainage utérin sont exagérés. Il conseille cependant, pour y repondre complétement, de faire à travers le tuyau du drain des injections avec une solution phéniquée de 3 0/0 ou au 4 0/0. Il publie plusieurs observations où ce traitement a été suivi du succès le plus éclatant (*eclatanterste*). Dans une observation, le drain fut bien supporté pendant 19 jours par la cavité utérine. PORAK.

Mittheilung eines Falles von Kaiserschnitt (Relation d'un cas d'opération césarienne suivi de guérison) par B. COHN, Société médicale de Berlin, 1er mars 1876 (*Berlin. klin. Wochenschrift*, *n*° 22, *p*. 314. 1876).

L'opération a été pratiquée à Steglitz sur une femme d'ouvrier, âgée de 25 ans, de petite taille et de constitution robuste. La menstruation parue à 19 ans a toujours été irrégulière et peu abondante. Devenue enceinte vers la fin de 1874, la grossesse fut bonne. Le 19 septembre 1875, elle ressentit les premières douleurs ; dans la nuit suivante, elle perdit les eaux. Les contractions d'abord énergiques ne tardèrent pas à s'affaiblir malgré les manipulations de la sage-femme sur l'utérus et le vagin. Le 20, à 9 heures du soir on fit chercher l'auteur. A l'examen vaginal, il fut frappé de la rigidité des parties molles et de la grande acuité de l'angle décrit par les branches descendantes des pubis. Les tubérosités sciatiques étaient distantes l'une de l'autre de moins de 6 centimètres. La portion vaginale était presque complétement effacée et un segment assez considérable de la tête fœtale se trouvait engagé au niveau du détroit supérieur. Bien que la bosse sanguine ne fut pas considérable, Cohn ne put sentir ni suture ni fontanelle. La palpation et l'auscultation abdominales apprirent que l'enfant vivait et qu'il se présentait en première position du sommet. Cohn essaya vainement quelques tractions modérées avec le forceps qui fut introduit sans grandes difficultés. Un autre médecin appelé en consultation essaya à minuit une nouvelle application de forceps qui fut assez mal aisée. Malgré des tractions très-énergiques, la tête ne se laissa pas attirer. On décida la perforation du crâne au moyen des ciseaux ; elle se fit assez facilement. Mais les divers essais d'extraction avec le crochet pointu restèrent infructueux. Une tentative de version podalique ne fut pas plus heureuse, l'utérus se contractant tétaniquement sur le fœtus. L'opération césarienne fut décidée sans autre délai. La femme fut chloroformée. L'utérus fut incisé sur la ligne médiane : la perte de sang fut médiocre. L'enfant avait le dos tourné en avant et à gauche. Cohn saisit l'un de ses pieds et fit facilement l'extraction du tronc. La sortie de la tête ne put s'opérer qu'à l'aide de la main qui la dégagea

des parties environnantes. On sectionna le cordon ombilical et l'on détacha aisément le placenta qui était inséré sur la paroi postérieure. Alors survint une hémorrhagie assez abondante, mais qui cessa bientôt. Après l'extraction de l'enfant, la plaie utérine avait une longueur de 5 pouces : ses lèvres étaient distantes l'une de l'autre d'environ une ligne. On plaça 4 points de suture avec des fils de soie ; ils comprenaient toute l'épaisseur de la paroi utérine. Les extrémités des fils furent fixées au-dessus de la symphise. La plaie abdominale fut refermée avec des sutures alternativement superficielles et profondes, puis on la recouvrit de ouate. Enfin on appliqua d'un côté à l'autre du ventre de longues bandelettes de diachylon. Dans les premiers jours, on se contenta de faire garder à l'opérée le décubitus sur le dos en ayant soin de donner au tronc une inclinaison de 30°. Comme aliments elle ne prenait que de l'eau et du lait. Les nuits furent assez calmes grâce à des injections de morphine. Le 23 septembre, calomel qui détermina plusieurs selles. Jusqu'au 24, le pouls s'éleva progressivement à 130 ; il se maintint aux environs de ce chiffre jusqu'au 7 octobre, malgré que l'état général ne laissât rien à désirer. La température ne dépassa jamais 39°C., restant le plus souvent à 38°,4 ou 38,6. A partir du 3 octobre, apyrexie. On renouvela pour la première fois le pansement de la plaie abdominale, le 6e jour qui suivit l'opération. L'utérus atteignait encore l'ombilic et était dévié à droite. La plaie avait guéri par première intention, sauf vers son angle inférieur qui donnait passage aux fils.

A partir du 4 octobre, plusieurs fois par jour durant un quart d'heure l'opérateur ou la patiente faisaient des tractions modérées sur les sutures. Le 12, Cohn installa un petit poids destiné à exercer sur elles des tractions continues. Le 14 octobre, le premier fil se détacha ; le 2e suivit le 16 ; le 3e le 24 et le dernier le 2 novembre. Pendant ce temps, l'angle inférieur de l'incision, qui avait d'abord la forme d'un entonnoir étroit et profond, s'était rempli de bourgeons charnus. L'utérus était toujours adhérent à la paroi abdominale et sa portion vaginale n'était pas accessible par le vagin. Ce fut du côté de ce dernier que l'opérée eut le plus à souffrir. Peu de jours après l'accouchement, les grandes lèvres se tuméfièrent et il se fit un écoulement sérosanguinolent. L'exploration avec un seul doigt causait les plus vives douleurs. Sous l'influence d'injections au permanganate répétées plusieurs fois par jour, tous ces symptômes commencèrent à diminuer. Quant à la miction, dans les premiers jours on eut quelquefois recours au cathétérisme. Plus tard la patiente eut de fréquents besoins ; enfin à partir du 8e jour, elle eut une incontinence complète. L'exploration permit de constater une fistule vésicale dont le doigt ne put atteindre les limites supérieures ; elle débutait à 1 pouce du méat. Au commencement de novembre, la femme quitta pour la première fois son lit. En janvier 1876, étant parfaitement guérie, elle fut opérée à la Charité de sa fistule et elle succomba aux suites de cette opération (inflammation diphthéritique des muqueuses vésicale et vaginale, péritonite purulente, pleurésie et médiastinite). A l'autopsie, l'utérus avait sa forme et ses dimensions normales ; son tissu ne présentait aucune trace de cicatrice : au niveau de l'incision, il y avait seulement une coloration légèrement ardoisée. Par la portion moyenne de son corps, l'utérus se trouvait fixé aux parois abdominales avec la partie la plus inférieure de la cicatrice abdominale qui se trouvait à 2 centimètres au-dessus de la symphyse. La portion inférieure de la matrice était soudée à la paroi vésicale postérieure. La fistule se trouvait immédiatement au-dessus de la portion vaginale. L'orifice externe du col était oblitéré. Il existait quelques adhérences des anses intestinales et de l'ovaire gauche avec le péritoine. Le plus petit diamètre avait 8,5 ; les deux diamètres obliques 12,5, le diamètre transverse 11,5 ; la distance des 2 épines iliaques supérieures était de 21. J. B.

Opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique, par WASSEIGE. (*Bulletin de l'Acad. de Belgique, mai* 1878).

L'auteur après un court historique rapporte un cas qu'il a observé. Il s'agissait d'une femme rachitique dont le bassin rétréci mesurait 4 cent. pour le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur et 5 centimètres pour la ligne sacro-sous-pubienne. Il opéra sur la femme à terme. Il incisa la paroi abdominale sur la ligne blanche, puis une fois l'utérus ouvert, et l'enfant vivant, il ramena au dehors l'utérus et ses annexes, enleva le placenta et plaça l'écraseur au niveau de l'orifice interne, au-dessus de la plaie utérine qui n'occupait que la moitié inférieure de la face antérieure ; il coupa ensuite cette partie, et fixa le moignon utérin à l'angle inférieur de la plaie abdominale et procéda à l'occlusion de celle-ci.

La femme fut placée sous le pansement de Lister, 40 jours après l'opération la femme part guérie avec l'enfant bien portant.

L'auteur trouve comme avantages, l'arrêt rapide et définitif de l'hémorrhagie, la diminution de l'étendue de la plaie utérine. Les organes internes sont amenés au-dehors et le péritoine mis à l'abri de toute irritation, on opère un peu avant le terme de la grossesse.

L'opération est plus courte que le traitement de l'hémorrhagie. On met obstacle à toute nouvelle grossesse. H. L.

Les lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels, par BUDIN (*Thèse d'agrégation, Paris, O. Doin, éd.*, 1878).

M. Budin divise sa thèse en trois parties. Les deux premières sont destinées à l'exposé des observations. Elles sont très-nombreuses, on les lira avec le plus grand profit.

La dernière partie, très-courte, est consacrée aux conseils thérapeutiques, conséquences des faits relatés antérieurement.

L'auteur étudie dans les deux premières parties les diverses lésions traumatiques dans les accouchements artificiels suivant qu'elles portent sur les parties molles et sur les parties dures. Parmi les premières, l'auteur passe en revue les lésions de la vulve et du périnée, du vagin, de l'utérus et des autres organes contenus dans le bassin ; parmi les secondes, les lésions articulaires et osseuses. La cause la plus fréquente de ces lésions est l'impéritie de l'opérateur, leur nature et leur gravité sont des plus variées.

Le forceps, l'instrument le plus employé en obstétrique, est aussi celui dont l'emploi est le plus souvent suivi d'accidents ; ils sont produits par les pressions nuisibles, le défaut d'application parfaite des cuillers avec la tête fœtale, le dérapement des cuillers. Parmi les observations les plus curieuses, signalées dans ce travail, mentionnons celle où l'introduction de la main, une fois le simple toucher ont pu produire des ruptures vaginales.

Dans quelques cas l'opérateur croyant observer une rétention placentaire ou méconnaissant une inversion utérine gratta le tissu utérin jusqu'à l'arracher par petites portions, etc., etc. Indiquons encore les obser-

vations où l'intestin passant à travers une rupture utérine a été pris pour le cordon, a été étranglé et quelquefois sectionné, où consécutivement il se forma des fistules intestino-internes, intestino-vaginales, etc. Je me bornerai à rappeler les préceptes qui terminent cette thèse et qui mettront l'opérateur dans les meilleures conditions pour éviter les fautes si nombreuses, consignées dans les observations, qui y sont relatées.

1° L'accoucheur doit mettre la femme enceinte dans les conditions les plus favorables, de façon à rendre aussi rares que possible les accouchements artificiels ;

2° S'il est obligé d'intervenir, il doit s'efforcer de sauvegarder l'existence des deux êtres qui lui sont confiés et éviter toute faute, toute erreur.

3° Si le fœtus a succombé, il ne doit rien négliger pour sauver les jours de la mère et ne pas reculer devant l'embryotomie.

4° Il ne doit pas, si cela est nécessaire, hésiter à sacrifier la vie de l'enfant pour sauver celle de la mère. PORAK.

Crochet flexible, par DELORE (*Ann. de gynécologie, août* 1878).

Les indications du crochet sont nombreuses, son utilité est incontestable et il ne mérite pas les reproches qu'on lui a adressés. Il faut cependant bien connaître les limites dans lesquelles cet instrument peut rendre des services. Voici la force qu'il faut déployer pour déterminer des lésions diverses :

EXPÉRIENCES : — 1° *Avec crochet mousse.*

1.	Appliqué sur le coude-pied fléchi, une traction de 80 kil. est effectuée sans lésions.				
2.	—	dans le creux poplité..	— de 45 kil.	—	avec fracture de jambe au 1/3 supérieur;
3.	—	dans le pli de l'aîne...	— de 55 kil.	—	avec fracture du fémur;
			— —120 kil.	—	avec déchirure des parties molles;
4.	—	perpendiculairement sur le fémur.....	— de 20 kil.	—	avec fracture du fémur;
5.	—	perpendiculairement sur la jambe.....	— de 18 kil.	—	avec fracture des deux os
6.	—	sur le milieu de l'humérus.....	— de 15 kil.	—	avec fracture de l'humérus.
7.	—	sur l'aisselle.....	— de 50 kil.	—	avec arrachement de l'épaule, et préalablement fracture de l'humérus;
8.	Traction sur le maxillaire inférieur.....		— de 50 kil.	—	avec fracture du maxillaire;
			— de 60 kil.	—	avec déchirure des parties molles.

2° *Avec le crochet aigu.*

1° Sur le pubis.....	traction de 60 kil.	produit l'arrachement de l'os.	
2° Entre la 10e et 11e côtes..... / Le long de la colonne vertébrale.	— de 45 kil.	*idem.*	
3° Sur l'occiput après perforation.	— de 45 kil.	produit la déchirure.	
4° Sur l'orbite, partie supérieure.	— de 65 kil.	produit la fracture de l'os.	
5° Sur l'orbite, partie latérale....	— de 45 kil.	*idem.*	

On voit qu'on peut déployer avec le crochet une grande force, surtout si on compare les résultats précédents à la force de 15 kilogrammes que l'on peut seulement déployer à l'aide du doigt.

S'appuyant sur ces résultats, l'auteur montre les avantages que peut procurer le crochet et les inconvénients qu'il peut produire; il insiste sur les précautions qu'on doit avoir toujours présentes à l'esprit lorsqu'on l'emploie.

C'est donc un instrument utile, mais le crochet ordinaire est d'une application difficile à cause de la rigidité de sa tige. Il critique aussi les crochets qui sont précédés d'une incurvation au haut de la tige, à l'endroit où celle-ci se recourbe pour constituer le crochet même.

M. Delore conseille les crochets qu'il a fait construire. Tous deux ont la tige flexible et le crochet rigide. — Le premier diffère du second en ce que la portée du crochet est de 4 centimètres, tandis que celle du second est de 5 centimètres. Le second est spécialement destiné aux tractions sur le pli de l'aîne. On peut déployer avec le premier une force de 50 kilogrammes, avec le second une force de 60 kilogrammes.

L'auteur donne ensuite les règles de son application.

Il présente donc les avantages d'être moins massif, plus léger, moins dangereux parce qu'il est moins rigide.

Le crochet rigide doit cependant être conservé, mais seulement pour les cas où on se propose de déchirer les tissus. PORAK.

Lengthened duration of pregnancy (Grossesse de durée exagérée), par W. DUNCAN (*Med. Times and Gaz., vol. II, p.* 712, 1877).

Multipare dont les grossesses antérieures avaient duré : la première 300 jours, la seconde et la troisième 285.

Cette fois la grossesse se prolongea sans rien offrir d'anormal, sauf le développement excessif du ventre, pendant 325 jours. Les dernières règles parurent le 15 janvier, l'accouchement eut lieu le 7 décembre. Au milieu de mai l'enfant avait commencé à remuer. L'accouchement dut être terminé au forceps, la tête fœtale restant engagée dans le petit bassin. Enfant vivant, bien conformée, mais énorme.

La science ne possède qu'un cas de grossesse presque aussi prolongée (322 jours) rapporté par Leishmann. V. CAMPENON.

Beobachtung einer Schwangerschaft bei zweihörniger Gebärmutter mif solidem Cervix des geschwängerten Horns (Observation d'utérus bicorne en état de gestation avec oblitération] du col de l'utérus contenant l'œuf), par C. RUGE (*Zeit. für Geburts. und Frauenk.*, 2 *B. A. H., p.* 27).

On trouve annexée à l'observation une planche représentant les lésions. Il

s'agit d'une femme qui mourut dans le cours du 3e mois de sa grossesse à la suite d'une rupture utérine. A l'autopsie on constate qu'il y avait deux utérus, communiquant chacun extérieurement avec une seule trompe; utérus unicorne, par conséquent. Le col de l'utérus droit était déplacé par une masse solide. C'était l'utérus contenant le produit de conception. Outre ce qu'ont d'exceptionnel ces faits, une particularité rend intéressante cette observation, c'est la présence du corps jaune dans l'ovaire gauche. Il faut donc admettre que l'ovule fécond ou non, a parcouru l'espace qui sépare l'ovaire gauche de l'orifice de la trompe de l'utérus droit. La rupture existait du côté de l'utérus contenant l'œuf. PORAK.

A peculiar condition of the cervix uteri which is found in certain cases of dystocia (Un état particulier du col de l'utérus que l'on rencontre dans certains cas de dystocie), par A. HOSMER (*Boston med. and surg. journ.*, 21 *mars* 1878).

Au commencement de ce travail l'auteur rapporte les quatre observations suivantes que nous analyserons très-succintement.

1° Primipare âgée de 30 ans : bassin étroit, mal conformé ; enfant en troisième position du sommet; bassin de l'enfant fortement étreint par une constriction annulaire située à égale distance du col et du fond de l'utérus. Extraction de l'enfant par la version (après crâniotomie); mort de la mère.

2° Primipare âgée de 28 ans ; bassin mal conformé. Premier accouchement en 1872. Enfant en première position du sommet. Constriction annulaire située vers le tiers supérieur de la matrice. Extraction d'un enfant vivant par la version.

Deuxième accouchement en 1874. Mêmes phénomènes et mêmes résultats. Troisième accouchement en 1876. Mêmes accidents que les fois précédentes. Mort de la mère et de l'enfant.

3° Primipare âgée de 22 ans; bassin bien conformé ; constriction située vers le tiers inférieur de la matrice. Crâniotomie et extraction de l'enfant par le forceps. Second accouchement dix-huit mois plus tard. Mêmes phénomènes. Mort de la mère avant l'expulsion de l'enfant. Chez cette femme on pouvait sentir la constriction à travers la paroi abdominale.

4° Primipare âgée de 30 ans. Bassin bien conformé. Enfant en première position du sommet. Constriction située immédiatement au-dessus du détroit supérieur. Mort de la mère avant l'expulsion de l'enfant.

A côté de ces observations l'auteur croit pouvoir placer trois autres appartenant à G.-T. Elliott (*Obstetric clinic.*, 1868, chap. VII) et rapportées par ce dernier sous le nom de « cas de contractions circulaires toniques des fibres utérines. »

Le phénomène constant et caractéristique observé chez toutes ces malades consistait donc en la présence d'une constriction annulaire située sur les parois utérines et disposée de façon à diviser (incomplétement) la cavité utérine en deux compartiments et à s'opposer à l'accouchement naturel. Dans un cas seulement la constriction put être sentie à travers les parois abdominales ; dans les autres on ne la découvrit qu'au moment d'introduire la main pour pratiquer la version. Au toucher elle se présentait sous forme de saillie circulaire, dure, rigide, *inextensible;* son bord libre était mince et tranchant ; sa base peu épaisse. L'auteur croit qu'elle était formée par l'orifice interne du canal cervical. Les tra-

vaux de Ludwig, Bandl ont démontré, en effet, que les parois de l'utérus gravide ne sont pas formées entièrement au dépens du corps de cet organe; que la cavité du col peut se laisser distendre transversalement et s'allonger, et que cet allongement peut même atteindre vingt centimètres. Il cite un cas où l'orifice interne du col avait remonté jusqu'au niveau de l'ombilic.

Le diagnostic de cette affection est facile ; mais il faut la reconnaître de bonne heure et agir promptement. Les anesthésiques sont complétement inutiles pour faire disparaître l'obstacle. Dans tous les cas, on fut obligé de recourir aux opérations manuelles et d'y déployer une force considérable.

L'auteur revient sur cette question dans le numéro du 30 mai 1878 du même journal. Il croit que dans les cas de ce genre l'accoucheur doit avoir recours à l'opération césarienne ou à la gastro-élytrotomie. Le forceps est inutile, et la version dangereuse. J.-B. H.

MALADIES DES ENFANTS.

Considérations sur l'ictère des nouveau-nés et sur le moment où il faut pratiquer la ligature du cordon, par CH. PORAK (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, mai, juin, août* 1878).

Ce travail très-important comporte, en trois chapitres, l'étude de trois questions : 1° l'ictère *simple* des nouveau-nés, surtout envisagé au point de vue de son pronostic; 2° le moment où l'on doit lier le cordon ombilical; 3° la pathogénie de l'ictère des nouveau-nés.

I. — L'ictère est un symptôme très-commun chez le nouveau-né; on l'observe, en moyenne, huit fois sur dix enfants. Cet ictère se révèle de deux manières : par la coloration jaune des téguments, variable d'intensité et d'étendue suivant les *degrés* de la maladie; par les caractères de l'urine. Pourtant, c'est là un point fort important, il est tels ictères (ce sont les plus nombreux), dans lesquels la coloration de l'urine reste normale : ces cas sont tous des cas d'ictère *simple* de nouveau-nés, c'est-à-dire (comme on le verra au chapitre de la pathogénie) des cas d'ictère hémaphéique; les autres cas ressortissant à l'ictère biliphéique, dans lequel l'acide nitrique forme dans l'urine un diaphragme d'une coloration rouge, ou plus souvent grisâtre, que M. le professeur Gubler compare, avec juste raison, à la teinte de la sépia diluée. De ses recherches très-nombreuses, M. Porak conclut que l'ictère simple (ou hémaphéique) est aussi commun que l'ictère biliphéique est rare; ce dernier ne s'observant que de 1 à 1 fois 1/2 0/0. L'ictère est très-important à considérer chez le nouveau-né, non que par lui-même il fasse courir des risques à l'en-

fant, mais parce qu'il est le témoignage d'une nutrition plus ou moins imparfaite et défavorable, parce que son intensité est en raison inverse de la santé de l'enfant. C'est un fait dont témoignent les tableaux dans lesquels M. Porak a enregistré les profits et les pertes subis par les nouveau-nés, suivant qu'ils n'ont pas jauni, qu'ils ont jauni un peu ou beaucoup.

II. — Le second chapitre a été inspiré par le Mémoire remarquable de Budin (Voy. *R. S. M.*, VII, p. 620) : les conclusions auxquelles arrive M. Porak sont différentes, parce qu'il ne juge ni nécessaire ni salutaire pour le nouveau-né de recevoir dans son économie cette quantité de sang qui lui est soustraite par une ligature non tardive. Ce qui fait rejeter la ligature tardive, c'est qu'elle détermine une augmentation considérable de la tension vasculaire, à laquelle on peut imputer certains cas d'hémorrhagie qui apparaissent immédiatement ou rapidement après la naissance, à laquelle surtout on peut imputer l'ictère simple des nouveau-nés, constant chez les enfants dont le cordon a été lié tardivement. De ces faits, M. Porak conclut : qu'il faut lier la tige funiculaire dès que les artères ombilicales cessent de battre ; qu'il n'est pas dangereux dans les cas d'asphyxie bleue des nouveau-nés de faire une saignée peu abondante du cordon. Pouquoi lier dès que les artères ombilicales ne battent plus ? parce que, alors, il ne s'échappe plus de sang par les artères ombilicales, dont la quantité puisse faire équilibre à celle envoyée dans la circulation de l'enfant par la pression de l'utérus.

III. — Après avoir rejeté comme insoutenable la doctrine de l'ictère par congestion de la peau, après avoir montré que la doctrine biliphéique de l'ictère des nouveau-nés n'est applicable qu'à un nombre restreint de cas, M. Porak démontre que la seule doctrine vraiment acceptable est la doctrine hémaphéique, c'est-à-dire par modifications survenues dans le sang, modifications qui aboutissent à des pigments autres que les pigments biliaires et urinaires normaux; pigments donnant dans l'urine des réactions spéciales qui ont été, on le sait, rattachées par M. Gubler à l'hémaphéisme.

La doctrine hématique de l'ictère des nouveau-nés repose sur deux ordres de preuves : des preuves anatomiques et des preuves cliniques, notamment sur les numérations de globules qui ont montré, dans certains cas, la destruction globulaire dépassant de beaucoup la normale, c'est-à-dire l'évolution du sang troublée par excès; le foie ayant alors à transformer en pigments biliaires et urinaires normaux plus d'hématoïdine qu'il ne le peut faire.

IV. — Le troisième chapitre se résume ainsi : Il y a deux espèces d'ictère chez le nouveau-né. L'une des espèces lui est spéciale : c'est l'ictère *du* nouveau-né; l'autre a la même pathogénie que l'ictère de l'adulte : c'est l'ictère *chez le* nouveau-né.

L'ictère *du* nouveau-né peut être subdivisé en ictère hémaphéique et en ictère biliphéique.

L'ictère hémaphéique présente deux formes : l'une, bénigne, très-fréquente (0/10 des cas), de courte durée : c'est l'ictère *simple* des nouveau-nés ; l'autre est grave. L'ictère biliphéique est toujours grave ; il survient à la suite de l'oblitération congénitale, de l'arrêt de développement des voies biliaires ou à la suite de phlébite ombilicale.

L'ictère chez le nouveau-né est symptomatique d'une affection du foie; il est biliphéique. L. LANDOUZY.

Angeborner Verschluss der Gallenausführungsgänge (Imperforation congénitale des voies biliaires), par H. HIRSCHSPRUNG (*Hosp. Tidende*, 2 *R.*, *IV*, 1877).

Les enfants nés avec cette infirmité vivent de quelques jours à quelques mois. Sur douze cas que l'auteur analyse, on n'en trouve qu'un seul qui soit arrivé à sept mois. Ils succombent généralement à une inflammation pulmonaire, soit à une phlegmasie du tissu cellulaire sous-cutané. Les causes prédisposantes sont obscures; le sexe ne paraît exercer aucune influence. Les petits malades sont pris de coryza, d'écoulements par les oreilles, de catarrhe intestinal; les selles sanguinolentes sont rares. Le foie est plutôt augmenté de volume.

Les enfants naissent ictériques ou ne le deviennent que quelques jours après la naissance; les selles peuvent aussi être incolores dès le début ou ne le devenir qu'après l'excrétion d'un meconium normalement coloré. L'autopsie démontre l'absence complète de l'appareil excréteur de la bile ou bien seulement l'existence d'une obstruction partielle.

Il y a donc une catégorie de faits qu'on ne saurait rapporter au manque de développement des voies biliaires, mais bien à un accident survenu après leur formation, à une phlegmasie évoluant après la naissance.

ASSAKY.

Oblitération congénitale du canal cholédoque, par MORGAN (*Path. soc.; Med. Times and Gaz.*, *p.* 182, 16 *fév.* 1878.)

Un enfant né de parents bien portants fut atteint d'ictère dix jours après sa naissance; jusque là le meconium avait présenté un aspect normal; il n'y avait pas eu d'hémorrhagie ombilicale. L'ictère augmenta rapidement. Examiné pour la première fois six semaines après la naissance, l'appétit était bon; les gardes-robes blanches; pas d'hypertrophie hépatique. L'enfant dormait continuellement; pas de fièvre ni de symptômes céphaliques. Huit jours plus tard on vit apparaître des taches ecchymotiques sur la face externe des genoux, sur la langue et le bas du dos. On administra sans succès du calomel et d'autres purgatifs. La mort eut lieu vers le dixième septenaire et fut précédée d'hémorrhagies buccales, de vomissements et de convulsions.

A l'autopsie, on trouva une hypertrophie du foie; les capillaires de la capsule étaient gorgés de sang; la vésicule, grosse comme un pois, était vide; le canal cholédoque était oblitéré dans l'étendue de deux centimètres. Les vaisseaux ombilico-hépatiques étaient normaux. J. B. H.

Recherches sur les altérations du sang dans quelques maladies des enfants du premier âge, par Paul CUFFER (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, juillet* 1878).

Les études de l'auteur, faites au moyen de l'hématimètre de M. Hayem, ont porté sur l'athrepsie aiguë et chronique, sur la syphilis héréditaire et la diphthérie.

Les numérations faites dans les cas d'athrepsie aiguë sont confirmatives des recherches de M. Parrot, elles prouvent :

1° Que les globules rouges augmentent progressivement de nombre ;

2° Que les globules blancs sont plus nombreux d'une façon absolue qu'à l'état normal ;

3° Que l'augmentation des globules blancs ne suit pas une marche analogue à celle des hématies ;

4° Que plus le chiffre des hématies monte, plus le moment de la mort est proche.

Dans l'athrepsie à marche lente, les modifications subies par le sang sont tout autres, il y a diminution dans le nombre des globules rouges, augmentation dans le nombre des globules blancs.

Dans la syphilis héréditaire, l'auteur constate non-seulement la diminution du nombre des globules rouges, mais encore leur extrême pâleur. Pour ce qui est du nombre des globules blancs, il a été trouvé variable, et cela, sans que ces variations puissent être subordonnées à l'état de maladie ou d'intégrité de la rate qu'on sait fréquemment atteinte dans la syphilis héréditaire.

Pour ce qui est de la diphthérie, les résultats fournis par la numération n'ont pas la même netteté que dans les états morbides étudiés précédemment : l'aglobulie ne paraît ni constante ni bien marquée ; quant à la leucocytose, elle paraît, contre toute attente, ne point exister.

L. LANDOUZY.

Essai sur la température, le pouls et la respiration dans la méningite tuberculeuse des enfants, par J. BOUTAN (*Thèse de Paris*, 1877).

On sait depuis les travaux de Roger, de Wunderlich, etc. que la température, dans la méningite tuberculeuse, est loin de s'élever en proportion de l'accélération du pouls, surtout dans la période comateuse de la maladie. De là le nom de fièvre dissociée qu'on a donné au cycle fébrile de la méningite. M. Boutan a repris en détail cette étude et il a montré que contrairement à l'opinion courante, la température ne suit pas une marche aussi irrégulière qu'on le dit. La moyenne thermique est souvent au-dessous de la normale : d'autres fois, elle est très-supérieure : enfin, dans la période agonique, elle atteint le chiffre des températures hyperpyrétiques. La raison de ces contradictions apparentes est due, d'après l'auteur, à l'extension plus ou moins considérable des tubercules. Lorsqu'ils se bornent strictement aux méninges, la température reste basse : elle devient franchement fébrile quand les poumons sont également atteints.

La marche du thermomètre est d'ailleurs un bon signe diagnostique entre la méningite tuberculeuse et la fièvre typhoïde : dans cette dernière, pouls et température s'élèvent parallèlement, tandis que le pouls ne suit pas les variations thermiques dans la méningite granuleuse. Enfin, la méningite franche aiguë en diffère également, par son type thermique plus élevé et surtout plus régulièrement ascendant.

Suivent huit observations prises à ce point de vue spécial.

H. R.

Ueber Lymphadenitis retropharyngealis, par E. KORMANN (*Centr. Ztg. f. Kinderheil, I*, 5, 1877).

Tous les abcès rétro-pharyngés sont secondaires : ceux que l'on considère comme idiopathiques relèvent de l'adénite qui accompagne presque d'une façon constante (193 fois sur 211), chez les enfants surtout, diverses affections de la bouche, du pharynx, de l'oreille moyenne ou des fosses nasales. Le toucher pharyngé fait constater dans ces cas, au niveau de la partie postérieure des amygdales, l'existence de petites tumeurs grosses comme des têtes d'épingle, atteignant parfois le volume d'une lentille. Ces adénites rétro-pharyngées se montrent de préférence chez les scrofuleux, à la suite d'angine ou de coryza chroniques, ou comme complication habituelle des affections aiguës infectieuses telles que la rougeole, la scarlatine, la diphthérie. ASSAKY.

Zwei Fälle von bösartigen Tumoren bei Kindern (Deux cas de tumeurs malignes chez des enfants), par ZITT (*Œsterreich Jahrbüch. für Pædiatrik, VIII*e *année, p.* 151, 1877).

I.— Dans la première de ces deux observations, il s'agit d'un adéno-carcinome du rein gauche survenu chez une petite fille de deux ans et demi. La nature de la tumeur fut diagnostiquée du vivant de la malade et la marche des symptômes ne présenta rien de particulier à signaler.

II. — La seconde observation se rapporte à un petit garçon de six ans, chez lequel se développa un ostéo-sarcome de la cavité orbitaire du côté droit avec métastases multiples. A l'autopsie on constata que la tumeur, partie de l'orbite droit, s'étendait en avant de la colonne vertébrale, sous forme d'une infiltration dure du tissu conjonctif rétro-pharyngien, jusque dans le médiastin. De là, elle gagnait les gros vaisseaux et les bronches sous forme de stries fibreuses dans lesquelles l'examen microscopique fit reconnaître la présence d'une infiltration sarcomateuse. Les ganglions lymphatiques du médiastin et du mésentère étaient également infiltrés et avaient contracté des adhérences avec les tissus avoisinants. La compression exercée par les ganglions médiastinaux hypertrophiés avait donné lieu à différents troubles respiratoires entre autres au phénomène de Cheyne-Stokes. F. LABADIE-LAGRAVE.

Ostéo-périostite rhumatismale de la tubérosité antérieure du tibia chez les jeunes sujets, par ARCHAMBAULT (*France méd., p.* 197, 1878)

L'affection signalée par M. Archambault consiste dans une douleur légère que l'on observe au niveau de la tuberosité antérieure du tibia chez les sujets de 12 à 13 ans.

Il existe en même temps un certain gonflement, et un peu de rougeur.

On conçoit facilement que cette affection entraîne une certaine difficulté dans la marche et que la station à genoux soit presque impossible.

Il est à remarquer que cette maladie ne se rencontre que chez les garçons et à l'âge où la tubérosité antérieure se soude à la diaphyse de l'os.

La diathèse rhumatismale semble être la cause prédisposante la plus active.

Comme cause occasionnelle, tout traumatisme, la station à genoux, en particulier, peut être invoqué.

Le pronostic est très-bénin.

Le repos et les calmants locaux sont le seul traitement à opposer à la maladie.

Comme conséquence éloignée, il peut rester une hypertrophie considérable de la tuberosité antérieure du tibia. P. REGNARD.

Fracture intra-utérine du fémur, par Th. ANGER (*Soc. de chir., p.* 243, *t. IV*).

Th. Anger présente une pièce de fracture de l'extrémité supérieure du fémur recueillie chez un fœtus de 8 mois, occasionnée par une chute de la mère vers le 7e mois de la grossesse.

La possibilité de ces fractures intra-utérines ayant été niée, il n'est pas sans intérêt d'en établir la réalité. Ici, toutefois, on peut refuser de donner à la lésion le nom de fracture, et préférer celui de décollement épiphysaire. Mais ce qui résulte de la discussion suscitée par ce fait, et d'un examen ultérieur dû à M. Parrot, c'est que la lésion n'a aucun rapport avec la syphilis. Dans la pièce d'Anger, la fracture ou la disjonction existe entre le cartilage et le corps ossifié de la diaphyse. Dans la syphilis, la séparation a toujours lieu au-dessous du cartilage, auquel reste adhérente une couche de tissu chondroïde, ayant un millimètre d'épaisseur.

A propos de cette observation, Lannelongue rapporte un exemple de syphilis infantile héréditaire dont les manifestations osseuses sont survenues tardivement), et présentant une forme qui, au premier abord, devait en faire méconnaître la nature. Cet exemple fait voir que certaines lésions osseuses syphilitiques prennent une forme aiguë trompeuse, simulant à s'y méprendre les ostéo-périostites ordinaires. L. G. R.

De l'adénopathie iliaque dans la coxalgie chez l'enfant, par VARAILLON (*Thèse de Paris*, 1878, *n*° 190).

Voici les conclusions posées par l'auteur :

Dans la coxalgie au début, sans lésions appréciables des parties molles, on observe une adénopathie iliaque correspondant au côté malade; elle est unilatérale dans la grande majorité des cas; les ganglions engorgés font partie de ce groupe disposé autour du faisceau vasculaire iliaque; un ganglion paraît affecté de préférence; il est situé sous le péritoine, en arrière de l'arcade crurale tantôt au-dessus, tantôt au-dessous. H. L.

Présentation de deux enfants atteints de spina-bifida, par O. von HEUSINGER (*Société médicale de Marbourg*, 9 *mars* 1877; *Berlin. klin. Wochens.*, 1878, *n°* 9, *pg* 122, 4 *mars*).

Les parents sont bien portants ainsi que le fils aîné âgé de 9 ans. Le second fils qui a maintenant 7 ans a un peu d'hydrocéphalie et du strabisme convergent. Le troisième fils âgé de 5 ans est l'aîné des deux enfants atteints de spina-bifida; chez lui la tumeur peu considérable siége au niveau des deux premières vertèbres lombaires. Le développement de cet enfant n'a nullement souffert et il n'y a jamais eu ni paralysies ni convulsions. Il y a 3 ans la mère eut un avortement à deux mois. Le 30 avril 1876 elle mit au monde un enfant du sexe masculin que l'auteur vit une demi-heure après sa naissance. Il présentait au même lieu que le frère mentionné plus haut, un spina-bifida de la grosseur du poing, l'épiderme qui recouvrait la tumeur était en partie enlevé et il y avait dans le sac un épanchement sanguin. Le lendemain la tumeur paraissait devoir se gangréner et la mort semblait certaine. Cependant l'état de l'enfant s'améliora, seulement ses membre inférieurs semblaient paralysés, l'urine s'écoulait constamment goutte à goutte et le sphincter anal était relâché. Contre toute attente, la paralysie rétrocéda peu à peu en même temps que le contenu du spina-bifida s'éclaircissait.

Actuellement la tumeur présente des lobes disposés en feuille de trèfle. A la partie supérieure, la peau qui la revêt a la transparence du parchemin, tandis qu'en approchant des bords elle s'épaissit graduellement. Au niveau de la limite de la tumeur avec la peau saine, se trouve une bordure épaisse constituée par de gros poils et par une pigmentation brune des téguments. Le toucher de la tumeur, qui réveille de la douleur, donne la sensation de kystes multiloculaires séparés en 3 portions analogues à une feuille de trèfle; la pression ne détermine ni convulsions ni modification du diamètre pupillaire; en revanche elle cause l'émission d'un jet puissant d'urine. L'embonpoint de l'enfant est convenable; le développement dentaire est normal; l'intelligence est bonne malgré la configuration hydrocéphalique du crâne. Dans les membres inférieurs qui sont assez gros, les mouvements volontaires et réflexes n'existent qu'aux cuisses; les jambes sont presque immobiles et les articulations du pied tout à fait flasques. Le spina-bifida s'accroît lentement d'environ 1 centimètre en 2 mois; les dernières mensurations ont donné 28 centimètres de circonférence, 14 de hauteur et 16 de largeur. Le volume de l'hydrocéphalie tend aussi à augmenter : circonférence du crâne 51 centimètres; distance interauriculaire par-dessus le crâne 29 centimètres. L'enfant, qui a une taille de 75 centimètres, commence à parler; les sphincters vésical et rectal fonctionnent presque normalement. Dans le membre inférieur droit surviennent périodiquement des contractions convulsives. J. B.

Sur une maladie spéciale du système osseux développé pendant la vie intra-utérine et qui est généralement décrite, à tort selon moi, sous le nom de rachitisme, par DEPAUL (*Archives de tocologie, mai, juin, juillet, août* 1878.)

1° Les altérations que peut subir le squelette pendant la vie intra-utérine ont des origines très-diverses;

2° Celles qui ont été généralement décrites sous le nom de rachitisme congénital, ne paraissent pas avoir le même point de départ que celles qui caractérisent le rachitisme qui se développe après la naissance.

3° La forme et la direction des courbures, la structure intime des os, etc., tout se réunit pour établir une ligne de démarcation tranchée ;

4° Tandis que dans la maladie développée pendant la vie fœtale, tout s'explique par l'absence ou par l'irrégularité du dépôt de la matière calcaire, dans le véritable rachitisme, l'état morbide s'adresse à des os déjà en grande partie constitués, trouble momentanément la marche régulière de leur développement et leur fait subir un ramollissement notable qui peut être considéré comme la cause première des déviations qu'ils subissent ;

5° Les émotions morales de la mère, aussi bien que son imagination, sont sans influence directe sur les vices de conformation, qui nous occupent. Une superstition et une crédulité qui ne sont plus de notre époque, ont pu seules propager et entretenir une opinion contraire ;

6° On ne peut non plus les rattacher à des lésions des centres nerveux, et à des rétractions musculaires qui en seraient la conséquence, quoiqu'il me paraisse incontestable qu'un grand nombre de déviations osseuses ont une pareille origine ;

7° D'après les faits consignés dans la science, la santé de la mère est tout à fait étrangère à leur développement. Dans aucun cas on n'a constaté l'existence des scrofules, du rachitisme ou de la syphilis ;

8° Il est bon de noter toutefois que dans plusieurs circonstances la maladie s'est manifestée dans des grossesses gémellaires, et cette particularité n'est probablement pas étrangère à sa production ;

9° Les faits qui ont été donnés comme exemples de fracture congénitale ont été mal interprétés. Ils ne sont qu'une variété d'une seule et même lésion, et s'expliquent par l'absence complète, mais limitée du dépôt de la matière calcaire qui, dans certains points, au contraire, peut s'effectuer avec exubérance et constituer des renflements qu'on a tort de donner comme la preuve d'un travail de consolidation ;

10° Les altérations du squelette qui fait l'objet de ce mémoire sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement. J'en connais maintenant près de quarante observations, et je ne doute pas qu'en cherchant encore, on ne parvienne à en grossir la liste ;

11° Elles ne sont pas graves seulement par les changements qu'elles apportent dans la conformation des membres, mais elles peuvent, en déformant la poitrine, empêcher les phénomènes mécaniques de la respiration, et, en privant le cerveau d'une protection convenable, l'exposer à des lésions qui ne permettront pas à la vie extérieure de s'établir. PORAK.

Note sur la pathogénie du céphalæmatome, par Ch. FÉRÉ
(*Soc. anatomique, Paris, mars* 1878).

L'auteur insiste d'abord sur la présence et la situation des fissures de développement des os du crâne, fissures de développement jouant un rôle important en tant que cause prédisposante dans la production du céphalæmatome. Les pressions légères ou fortes, qui sont des causes déterminantes nécessaires, agiraient en écartant ces fissures et en dé-

chirant les vaisseaux qui y passent ou en produisant une fracture dont le siége et la direction seraient déterminés par le siége et la direction de la fissure.

La plus grande fréquence du céphalæmatome sur le pariétal droit tiendrait à ce qu'il est plus exposé à la cause déterminante, au traumatisme même dans l'accouchement normal ; mais les fissures crâniennes qui peuvent exister exceptionnellement sur tous les points de la voûte, rendent compte de la possibilité de rencontrer cette affection non-seulement sur le pariétal gauche, mais sur le frontal, sur l'occipital, sur le temporal même, comme on en a vu des exemples. L. LANDOUZY.

Zur Casuistik der acuten Fettentartung bei Neugeborenen (Contribution à l'histoire de la dégénérescence graisseuse aiguë chez les nouveau-nés), par M. HERZ (*Oesterreich. Jahrbüch. für Paediatrik, VIIIe année*, 1877, *p.* 139).

Herz rapporte l'histoire fort curieuse de deux enfants nés de la même mère, à une année environ d'intervalle, et qui succombèrent l'un et l'autre dans les premiers jours de leur existence, après avoir présenté l'ensemble de symptômes suivants : Au début, coloration ictérique de la peau avec développement de chaque côté du raphé de la voûte palatine, d'ulcérations sanieuses. Peu de temps après, la coloration de la peau devenait d'un jaune foncé verdâtre (teinte bronzée). Tuméfaction de la rate et du foie. Collapsus croissant, pouls petit, très-rapide; élévation (40°,5), puis abaissement de la température périphérique. L'urine, d'un brun foncé, renfermait une grande quantité de sang. Mort dans le collapsus dans le premier cas, le 12e jour, dans le second cas, le 4e jour après la naissance.

L'autopsie ne put être pratiquée que chez le second de ces petits malades. Le foie pesait 100 grammes et son parenchyme était d'une coloration jaune brun et sans consistance. La rate, du poids de 35 grammes, était notablement tuméfiée, d'un brun foncé et parsemée de foyers hémorrhagiques. Les reins avaient leur volume normal ; à leur surface, on découvrait quelques extravasations sanguines.

L'examen microscopique révéla l'existence d'une dégénérescence graisseuse du foie et des reins. Beaucoup de tubuli renfermaient de petits caillots de sang.

Il est à noter que tout antécédent morbide héréditaire capable de rendre compte du développement des lésions trouvées à l'autopsie du petit malade en question faisait défaut. Les parents jouissaient d'une santé parfaite.

En parcourant la littérature médicale, Herz a trouvé dans la thèse inaugurale de Bigelow, de Boston (1875), la relation de 10 cas analogues aux deux précédents et observés également chez des enfants du premier âge. Les deux observations publiées par le professeur Parrot, en 1873, dans les *Archives de physiologie*, sous le nom de *Tubulhématie rénale*, ont également une grande ressemblance avec les deux faits rapportés par Herz. Il en est de même encore des 14 observations recueillies à la Maternité de Lyon par MM. Laroyenne et Charrin, et qui ont été analysées dans le n° 5 de la *Revue des sciences médicales*, 1874.

Pour M. Parrot, il s'agissait, dans les deux cas observés par lui, d'une altération primitive du sang ayant entraîné une dégénérescence secondaire du parenchyme du foie et du rein. Bigelow donne des faits consignés dans sa thèse inaugurale une interprétation tout à fait opposée. Il

considère, en effet, l'altération du sang comme un phénomène secondaire dépendant d'un processus infectieux local, tel que la diphthérie ou la thrombose veineuse avec phlébite. C'est à cette dernière manière de voir que se rallie Herz, et il pense que le point de départ des altérations morbides observées chez ses deux malades, doit être cherché dans l'affection diphthéritique de la muqueuse palatine dont il a été question plus haut.

F. LABADIE-LAGRAVE.

Case of Anuria lasting twenty-five days; Recovery (Cas d'anurie ayant duré vingt-cinq jours; guérison), par William WHITELAW (*The Lancet, p.* 460, 29 *septembre* 1877).

Le sujet de cette observation n'est pas, comme on aurait pu s'y attendre, une femme hystérique, mais bien un petit garçon de huit ans, doué d'une excellente constitution. L'anurie est survenue consécutivement à une scarlatine, et l'enfant, assure l'auteur, était trop bien surveillé nuit et jour, trop disposé à uriner, s'il l'avait pu, par l'appât d'une récompense promise, etc., pour qu'on pût croire à quelque supercherie de sa part; deux médecins appelés en consultation avec l'auteur et, d'abord, assez sceptiques, ont dû finalement reconnaître la réalité du phénomène.

Whitelaw résume ainsi qu'il suit les traits les plus intéressants de l'histoire de son malade :

1° 12 semaines se sont écoulées entre le début de la scarlatine (qui fut légère) et l'apparition du symptôme ;

2° 2 onces d'urine passèrent encore le 13e jour; après quoi, pendant 25 jours, l'anurie fut complète;

3° Sauf de légers maux de tête et, à la fin, un peu d'œdème, il n'y eut ni phénomènes urémiques, ni manifestations hydropiques;

4° Point d'albuminurie ni de fièvre. Les reins semblaient plongés dans une sorte de torpeur; leur tâche doit avoir été remplie par les intestins, peau, et, jusqu'à un certain point, par les poumons;

5° Il est malaisé de faire la part du traitement dans l'heureuse terminaison. Les vésicatoires mis au niveau des reins semblèrent utiles une première fois, mais à la deuxième expérience ils restèrent sans effet. L'électrisation (probablement galvanique) du rachis et des reins, l'introduction d'un petit cathéter dans la vessie pour exciter une action réflexe, ont bien été suivis d'une détente, mais déjà près de 4 grammes d'urine avaient été rendus avant l'emploi de ces moyens. A un moment donné, les diaphorétiques et les purgatifs dont on faisait usage furent supprimés, la charge d'excréter l'urée se trouvant ainsi peser tout entière sur les reins seuls, et, quoique un peu aventureuse dans le principe, l'auteur croit que cette ligne de conduite était vraisemblablement la meilleure à suivre.

P. GINGEOT.

Case of congenital absence of rectum; colotomy (Observation d'absence congénitale du rectum; colotomie), par ELKINGTON (*Brit. med. Journal*, 7 *septembre* 1878).

Un enfant, du sexe masculin, âgé de quarante heures, entrait le 8 avril dernier à l'hôpital de Birmingham pour une imperforation de l'anus. Depuis sa naissance, il n'avait pris qu'un peu d'eau sucrée. Il était continuellement tourmenté par des vomissements stercoraux. Après l'avoir chloroformisé, on pratiqua une incision sur la ligne médiane du périnée, en un point correspon-

dant à la situation normale de l'anus. Mais, malgré une dissection attentive, il fut impossible de trouver la moindre trace du rectum. Aussi l'opération dut-elle être abandonnée.

Le lendemain, on fit la colotomie par la méthode d'Amussat. On arriva facilement sur le côlon, qui était distendu par les gaz. A peine fut-il ouvert qu'il s'en échappa une grande quantité de méconium.

Un soulagement notable suivit cette opération. Le lendemain l'enfant avait très-bon aspect ; il n'y avait plus de vomissements, et les selles passaient facilement par la plaie. Mais le 11 avril survinrent des convulsions qui durèrent 12 heures ; elles cessèrent à la suite d'un léger purgatif. La plaie était belle, et les selles normales.

Le 17 avril, l'enfant prit moins d'aliments que de coutume, et présenta tous les signes d'un dépérissement rapide ; les bords de la plaie prirent une teinte rouge et la mort survint en quelques heures, huit jours après l'opération.

A l'autopsie, on trouva que l'incision périnéale avait passé à un demi-pouce en dedans (?) du cul-de-sac qui représentait le rectum. Ce cul-de-sac était fermement adhérent à la face postérieure de la vessie, à laquelle il était uni par du tissu fibreux. Quant à la plaie de l'intestin, ses bords s'étaient confondus avec ceux de la plaie de la paroi ; et l'on n'observait pas la moindre infiltration de matières stercorales dans le tissu conjonctif ambiant.

GASTON DECAISNE.

Nabelschnurbruch (Hernie ombilicale congénitale) ; présentation des pièces, par CONRAD, à la Société médico-pharmaceutique de district du canton de Berne, 13 février 1877 (*Corr.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, n° 7, *p.* 206, 1er *avril* 1878).

Il s'agit d'un enfant venu mort au monde, au 7e mois de la grossesse et qui se trouvait encore relié à son placenta. La mère avait eu un premier enfant normal ; sa seconde grossesse avait été bonne et elle fut seulement frappée de l'extrême faiblesse des mouvements du fœtus.

L'enfant a d'ailleurs la taille et le poids voulus ; sa tête, sa poitrine et ses membres supérieurs sont régulièrement conformés.

Par suite de la courbure angulaire du rachis, caractéristique de l'exomphale congénitale, les membres inférieurs sont ramenés vers le dos dans un état de flexion exagérée.

La hernie, qui a le volume du poing, siége sur l'anneau ombilical qui présente un orifice de 7 centimètres ; elle est unie au placenta par un gros cordon long de 3 centimètres. Le sac herniaire est constitué comme toujours par les gaînes du cordon.

Le contenu de la hernie est le suivant : foie, rate, intestin grêle et gros intestin : ce dernier forme à ses deux extrémités un cul-de-sac fermé. En outre, on trouve encore dans le sac herniaire une vessie complétement close, ayant les dimensions d'une noix et contenant une trentaine de grammes d'un liquide clair ne renfermant pas d'urée. Cette vessie présente à droite un prolongement tubuleux qui se continue jusqu'au rein droit atteint d'hydronéphrose ; il n'existe pas d'orifice de l'uretère dans la vessie. Les deux reins occupent leur place normale ; il a été impossible de trouver l'uretère gauche. Enfin on voit dans le sac herniaire, un tube à parois minces, large d'un centimètre, qui se termine en haut par un cul-de-sac, tandis qu'en bas il s'ouvre sur le côté du sac herniaire. La face interne de ce tube présente des rides transversales dans la portion inférieure et un bourrelet longitudinal au niveau de sa paroi postérieure. On a là les rudiments de vagin et d'utérus.

Au tiers supérieur de la face interne des deux cuisses, se trouve un repli cutané long de 1 centimètre, qu'on peut regarder comme une grande lèvre déplacée en bas.

Bien qu'il n'y eût pas ici d'ectopie vésicale, il y avait écartement des pubis et absence de symphyse. J. B.

MÉDECINE LÉGALE.

Lehrbuch der gerichtlichen Medicin (Traité de médecine légale), par Eduard HOFMANN (*Vienne, Urban et Schwarzenberg*, 1877 *et* 1878).

« La médecine légale est la science qui traite les questions de droit civil et de droit criminel qui ne peuvent être résolues sans des connaissances médicales préalables. » — Conformément à sa définition, le professeur viennois a exclu implicitement de son champ d'études, toutes les questions de droit administratif, de police sanitaire et de médecine publique.

Dans une première partie, consacrée aux *formalités*, Hofmann reproduit le tarif des honoraires dus aux médecins requis par la justice autrichienne. En le comparant au tarif français, on reconnaît bien vite qu'il ne s'en distingue que par la profusion des détails ; pour avoir été établi un demi-siècle plus tard, il n'en est guère plus rémunérateur.

En revanche, le Code pénal autrichien réprime expressément les outrages et les violences commis à l'égard d'un expert dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions. Un article de loi punit d'une forte amende la publication prématurée des cas médico-légaux, avant la terminaison des débats. Les fonctions d'expert sont obligatoires. Quand les rapports des experts sont contradictoires ou défectueux, le tribunal consulte une des facultés de médecine, qui constitue ainsi une instance médicale supérieure. Depuis quelques années, ces consultations sont devenues si fréquentes qu'elles ont soulevé les plaintes des professeurs des universités de Prague et de Cracovie.

D'après l'ordonnance de procédure pénale, la présence de deux médecins est exigée pour les autopsies et pour les examens de blessures. Or, le règlement sur les autopsies judiciaires assigne un rôle différent et spécial à chacun des deux médecins : l'un procède seul à l'ouverture du cadavre, tandis que l'autre se borne à dicter le protocole. Hofmann s'élève avec raison contre cette tendance à diviser des opérations qui doivent rester connexes pour être faites avec fruit.

Dans les deux chapitres suivants, l'auteur trace, de main de maître, le rôle du médecin légiste pendant l'enquête et pendant les débats.

La seconde partie de l'ouvrage que nous analysons est de beaucoup la plus importante puisqu'elle comprend l'étude détaillée des divers *faits*,

des questions variées dans lesquelles le médecin légiste est appelé à donner son avis ; elle est scindée en quatre grandes sections relatives à la *faculté de reproduction*, à la *satisfaction illicite de l'instinct sexuel*, à la *grossesse et à l'accouchement*, enfin aux *attentats contre la santé ou la vie*.

Les questions médicales concernant le mariage se présentent assez fréquemment en Autriche où le Code civil admet, comme motifs d'opposition ou comme cas de nullité, les infirmités mettant obstacle au but du mariage et l'impuissance durable à remplir le devoir conjugal, pourvu que cette impuissance soit antérieure à l'union. Lorsque les experts ne peuvent reconnaître d'une manière certaine si l'impuissance est durable, les époux doivent cohabiter encore un an au bout duquel leur mariage est invalidé si l'impuissance a persisté.

La section suivante renferme les attentats aux mœurs ; nous y signalerons spécialement la description minutieuse des nombreuses conformations que peut offrir la membrane hymen.

Les signes de la grossesse, les naissances précoces et tardives, les anomalies de la grossesse, la surfécondation et la superfœtation, les grossesses extra-utérines et molaires, l'ignorance d'une femme enceinte touchant son état, le diagnostic d'un accouchement accompli, enfin l'avortement, voilà les sujets abordés successivement par l'auteur dans la 3e section de son œuvre.

Sous le rapport de la grossesse, le Code autrichien réclame l'intervention des médecins dans des circonstances toutes particulières. Ainsi, quand une femme veuve ou divorcée veut se remarier avant le terme légal de six mois, une dispense peut lui être accordée à partir de trois mois, après examen d'experts établissant l'invraisemblance d'une grossesse. L'exécution de tout jugement, lors même que la sentence se borne à un simple emprisonnement, est différée jusqu'après l'accouchement de la condamnée enceinte.

La dernière section, qui nous arrêtera le plus longtemps, comprend les blessures et les divers genres de mort violente.

La classification allemande des instruments vulnérants diffère un peu de celle qui est usitée en France ; à côté des plaies produites par des instruments tranchants ou par des instruments mousses, les écrivains d'outre-Rhin ont toujours distingué les blessures dues à des instruments à la fois tranchants et contondants, tels que les haches. Les *Hiebwunden*, comme ils les nomment, résultant d'armes non-seulement coupantes mais en général pesantes, supposent l'emploi d'une certaine force et sont caractérisées par des lésions plus profondes, qui intéressent même les os ; elles sont par conséquent plus dangereuses.

Le chapitre consacré aux plaies par armes à feu mérite une mention, car il est au courant de la science. Les blessures occasionnées par les révolvers et les fusils se chargeant par la culasse ne sont plus celles des pistolets et des fusils du vieux modèle. La composition de la charge, la forme et la force de propulsion du projectile, sont entièrement changées et les ravages beaucoup plus grands, si bien que dans les premiers temps de la guerre franco-allemande, les Prussiens constatant les effroyables lésions faites par les chassepots, accusaient leurs adversaires de se servir de balles explosibles. Un coup du fusil actuel, tiré à vingt pas, dé-

termine, dans les os, des dégâts colossaux, tout à fait analogues à ceux des anciens fusils déchargés à bout portant.

Dans l'appréciation des blessures, la loi française a eu en vue l'atteinte plus ou mois profonde et plus ou moins durable que la santé des victimes a pu en éprouver et les infirmités temporaires ou permanentes qui en ont été la conséquence. La législation autrichienne va plus loin : elle tient compte non-seulement des effets que la blessure a eus réellement, mais encore de ceux qu'elle eût pu avoir. C'est ainsi que le Code pénal assimile aux blessures graves les blessures légères en elles-mêmes, mais faites avec un instrument notoirement propre à mettre la vie en danger ou à produire des blessures graves.

La distinction des lésions antérieures à la mort de celles qui lui sont postérieures est longuement exposée.

Le médecin expert peut être parfois embarrassé pour décider si la mort a été le résultat des violences dont il constate les traces ou, au contraire, la suite des affections organiques qu'il rencontre simultanément sur un cadavre ; les éléments d'appréciation sur lesquels il devra baser ses conclusions pour exclure la mort naturelle forment le contenu d'un chapitre plein d'enseignements pratiques.

Parmi les cas relatés à propos du suicide, nous avons remarqué surtout des exemples étranges de malheureux qui se sont ôté la vie à coups de hache.

L'examen des traces de sang au spectroscope est traité avec d'amples développements, tout à fait à leur place dans une question de médecine légale encore neuve. Au nombre des dérivés de l'hémoglobine reconnaissables par l'analyse spectrale, on compte l'hématine réduite de Stokes ; Hofmann recommande d'en rechercher le spectre qui est tout aussi démonstratif que celui de l'oxyhémoglobine pour déceler la présence du sang, et qui a l'immense avantage de rester encore caractéristique dans quelques circonstances où la démonstration spectroscopique de l'hémoglobine devient infructueuse, soit à cause des faibles dimensions de l'objet examiné, soit à cause de son état de décomposition trop avancée.

Puis, viennent, très-détaillés, les divers procédés à employer pour obtenir les cristaux d'hémine.

Le diagnostic différentiel des cheveux d'avec les poils d'animaux et les tissus d'origine végétale est fait avec un soin inconnu dans nos traités de médecine légale.

Hofmann aborde ensuite l'étude des blessures considérées quant à leur siége. Il admet la production possible de prolapsus du vagin ou de l'utérus à la suite de violences ayant porté sur l'abdomen, sur le périnée et sur les organes génitaux eux-mêmes.

Dans la mort par asphyxie, le professeur de Vienne dénie la signification que Tardieu accorde aux ecchymoses sous-viscérales.

En Allemagne, les divers modes de strangulation ont reçu des noms spéciaux : à côté de la pendaison, il y a la constriction du cou par un simple lien (*Erdrosseln*) et l'étranglement opéré à l'aide des mains (*Erwürgen*).

Relativement au mécanisme de la mort par pendaison, Hofmann, après avoir fait remarquer que la compression des voies aériennes est souvent incomplète, attribue un rôle important à la compression des vaisseaux

sanguins et des nerfs vagues qui entraîne, selon lui, l'interruption subite de la circulation cérébrale et peut-être un arrêt du cœur.

Il a trouvé, sur 3 pendus suicidés et sur 2 suppliciés par pendaison, une rupture de la tunique carotidienne interne qui ne pouvait s'expliquer ni par la maigreur du cou ni par une dégénérescence athéromateuse des artères; la déchirure, dirigée transversalement, occupait tantôt toute la circonférence du vaisseau, tantôt était bornée à une portion du pourtour.

Les caractères du sillon de strangulation sont décrits très-complétement.

Lorsque la strangulation est exécutée avec les doigts, la compression des vaisseaux est imparfaite ou non uniforme; Hofmann estime alors que c'est la compression des laryngés supérieurs qui rend le mieux compte de l'arrêt brusque de la respiration.

Les signes de la mort par submersion ont fourni à l'auteur matière à une discussion judicieuse portant sur la valeur qu'on attache à chacun d'eux.

Sous la dénomination commune d'autres formes d'asphyxie, sont groupées les différentes variétés de suffocation admises par Tardieu.

L'obstruction des voies aériennes par les sécrétions inflammatoires des bronches serait une cause de mort subite très-fréquente chez les nourrissons. Hofmann a eu nombre de fois l'occasion de pratiquer l'autopsie de jeunes enfants qui avaient succombé brusquement au milieu de convulsions, sans avoir présenté d'autre phénomène morbide que de la toux. L'examen cadavérique, en dehors des lésions de l'asphyxie caractérisées notamment par des ecchymoses plus ou moins abondantes sur les poumons et sur le cœur, ne lui a jamais révélé qu'une accumulation de mucosités bronchiques dans les conduits respiratoires, accompagnée des autres altérations de la bronchite.

Les chapitres suivants sont consacrés à la mort par inanition et à la mort par extrêmes de température (brûlures, lésions du grisou, insolation, fulguration, congélation).

Les généralités sur les empoisonnements sont traitées avec concision, mais non sans profit pour le lecteur.

Hofmann fait des réserves à l'égard des expériences physiologiques pratiquées avec des extraits non définis provenant des organes de cadavres; les travaux de Lussana, de Moriggia, de Bastini ont montré que les tissus et viscères, surtout quand ils sont putréfiés, fournissent, lorsqu'on les traite par l'eau, l'alcool ordinaire ou l'alcool amylique, des extraits toxiques et même mortels pour les animaux.

La seule classification rationnelle des poisons est celle qui prendrait pour base leurs effets sur les éléments anatomiques des tissus; mais comme il n'y faut pas songer dans l'état actuel de la science et qu'une division systématique ne lui semble d'ailleurs nullement indispensable pour le médecin légiste, Hofmann se contente de décrire séparément les principaux empoisonnements.

Dans l'article sur l'empoisonnement par l'acide sulfurique, nous relèverons, parmi les symptômes indiqués, la présence d'albumine, de sang et de sulfates en excès dans l'urine et parmi les lésions cadavériques, la tuméfaction trouble des reins.

Les empoisonnements par les acides nitrique, chlorhydrique et phéni-

que ne sont l'objet que de considérations brèves, à la suite de l'empoisonnement par l'huile de vitriol choisi pour type.

Dans l'empoisonnement par les alcalis caustiques, Hofmann mentionne, pour la forme chronique, l'existence de lésions parenchymateuses ; quand il s'agit de potasse caustique, il pense qu'au point de vue symptomatologique on doit faire entrer en ligne de compte l'action paralysante que les sels de potassium exercent sur le cœur.

Il a remarqué que dans l'empoisonnement par l'ammoniaque, comme dans le précédent, la putréfaction du cadavre est précoce, à l'inverse de ce que Casper a signalé pour l'empoisonnement par l'acide sulfurique.

Les caractères des empoisonnements par le sublimé corrosif, par l'acétate de plomb, par le sulfate et l'acétate de cuivre sont esquissés sans grands détails ; les empoisonnements par les sels de cuivre sont d'ailleurs très-rares en Autriche.

Hofmann distingue, pour l'empoisonnement par l'arsenic, trois formes cliniques qui peuvent, au surplus, se combiner diversement entre elles : 1° gastro-entérite toxique suraiguë et mort au bout de 5 à 20 heures : c'est là le cas le plus fréquent ; 2° dès le début, prédominance des symptômes cérébro-spinaux ; mydriase, vertiges, puis lipothymies, insensibilité, parfois délire ; ensuite phénomènes paralytiques ou convulsions cloniques ; enfin, généralisation des paralysies et mort dans l'espace de 6 à 12 heures ; 3° après cessation des vomissements et des autres symptômes aigus, apparition des signes urinaires de la néphrite parenchymateuse, affaiblissement musculaire croissant, dyspnée, paralysie du cœur, ictère et mort dans un temps variable de 3 à 10 jours. Bien qu'on n'ait pas la raison de ces différences symptomatologiques, il semble que toutes les circonstances favorables à une rapide absorption du toxique, tendent à rendre prédominants les accidents cérébro-spinaux.

Parmi les hémorrhagies propres à l'empoisonnement par le phosphore, Hofmann cite les hémorrhagies cérébrales qui sont quelquefois cause de la terminaison fatale.

L'usage de la décoction de têtes de pavots était si répandu en Autriche et a tant fait périr d'enfants que le Code a dû en défendre l'emploi à cet âge.

Immédiatement après l'empoisonnement par les opiacés, vient celui par le chloroforme qui offre beaucoup d'analogie. L'auteur a observé plusieurs suicides par inhalation de chloroforme. Contrairement à Tardieu, il déclare que dans ces cas la putréfaction paraît survenir de bonne heure et c'est ce qui explique, selon lui, la flaccidité du cœur et la présence dans le sang de bulles gazeuses qui ont été regardées jadis comme spéciales à cette intoxication.

Dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, on trouve décrits les accidents dus aux vapeurs de charbon et au gaz d'éclairage.

Les recherches spectroscopiques, si utiles dans la première variété d'empoisonnement, pourvu que la victime ait succombé au sein de l'atmosphère toxique, sont exposées avec des détails suffisants. Mainte fois il est arrivé à Hofmann de retrouver encore au bout de plusieurs mois, le spectre particulier au sang qui contient de l'oxyde de carbone, ce qui montre que la putréfaction est sans influence à cet égard. L'analyse spectrale fournit des résultats encore plus constants, lorsque l'intoxica-

tion est due au gaz d'éclairage, parce qu'ici il n'y a pas mélange d'acide carbonique et que la proportion d'oxyde de carbone est plus considérable. Entre autres affections qu'entraîne après lui l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, l'auteur signale des processus « diphthéritiques » dans la gorge.

Si le suicide par le charbon est à peu près inconnu à Vienne, celui par le cyanure de potassium y est excessivement commun : 32 en 1874, 27 en 1875. Hofmann rapporte des faits qui prouvent la toxicité du prussiate jaune de potasse regardé à tort comme inoffensif.

Avant de passer à l'empoisonnement par la strychnine, le médecin légiste de Vienne décrit succinctement les empoisonnements par la nitrobenzine (essence de mirbane), la nitroglycérine et la dynamite, qui n'ont pas encore trouvé asile dans nos traités de médecine légale.

L'article suivant est relatif aux atteintes à la santé ou à la vie, causées par des émotions brusques. Hofmann a vu trois fois l'exposition inopinée à l'eau froide déterminer une perte de la parole, qui s'est prolongée durant plusieurs jours.

Tandis que les législations de la France et de l'Angleterre assimilent l'infanticide à l'assassinat et le punissent de mort, les Codes allemand et autrichien, s'inspirant de motifs tout autres, ont mitigé la peine encourue par les mères coupables d'avoir ôté la vie à leurs enfants nouveau-nés. Il y a plus, ils ont fait une différence entre l'enfant naturel et l'enfant légitime : le meurtre du premier est puni moins sévèrement.

Le meurtre commis pendant l'accouchement même, sur un enfant *naissant*, est explicitement qualifié infanticide.

On sait combien reste vague, au point de vue juridique, l'expression de nouveau-né qu'emploie, sans la définir, le Code français.

Les essais tendant à fixer le nombre de jours durant lesquels on doit considérer un enfant comme nouveau-né, sont tous venus échouer devant l'impossibilité de trouver une limite exacte, uniforme, fondée sur la physiologie ou sur l'anatomie. Les Codes de l'Autriche et de l'Allemagne ont évité l'usage de cette dénomination ; ils parlent uniquement de meurtre commis sur un enfant pendant ou aussitôt après sa naissance. Mais toute difficulté n'est pas disparue par ce simple changement de mots. La mère infanticide bénéficiant dans ces conditions d'une peine atténuée, il y a lieu de restreindre autant que possible cette dérogation à la pénalité infligée aux homicides. En se refusant à assimiler l'infanticide à l'assassinat, les législateurs transrhénans ont été guidés par la considération suivante : l'accouchement met la femme dans un état physique et moral tel qu'il est de toute justice d'en tenir compte dans l'appréciation du meurtre qu'elle a commis. La loi ne pouvait prétendre à indiquer une limite précise au delà de laquelle la mère coupable n'aurait plus joui du bénéfice résultant de la déposition inscrite en sa faveur dans le Code. C'est affaire au médecin légiste, d'établir, pour chaque cas particulier, si, au moment du crime, la femme se trouvait encore dans cet état anormal qui accompagne et suit le travail de l'enfantement. Cependant Hofmann, en commentant ce point de droit, estime qu'en général on doit limiter aux quelques heures qui suivent la délivrance, la durée de ce trouble physiologique qu'il faut se garder de confondre avec l'état mental véritablement morbide en vertu duquel une accouchée peut être déclarée irresponsable de ses actes.

En énumérant les diverses circonstances dans lesquelles la docimasie pulmonaire se trouve en défaut ou conduit à de fausses conclusions, Hofmann n'a pas laissé échapper les travaux les plus récents sur la question.

Wendt a montré le premier tout le parti qu'on peut tirer de la docimasie auriculaire, c'est à dire de l'examen du contenu de l'oreille moyenne chez le nouveau-né. Il suffira désormais que le médecin expert ait à sa disposition la tête d'un cadavre d'enfant pour reconnaître, au moins dans le plus grand nombre des cas, s'il y a eu vie, autrement dit respiration. Il convient pourtant de savoir que l'épreuve auriculaire n'est pas non plus absolument infaillible. Les observations d'Hofmann lui ont montré en effet, que si les enfants nés morts, sans avoir respiré prématurément, ont réellement les caisses tympaniques complétement remplies par une muqueuse gélatiniforme, on retrouve parfois le même état de l'oreille moyenne chez des enfants ayant notoirement vécu quelque temps. Quoique ce phénomène insolite se remarque surtout chez ceux qui sont nés avant terme, viables, mais dont les mouvements respiratoires n'ont été ni énergiques ni prolongés, Hofmann l'a constaté aussi sur deux enfants à terme, vigoureux, tués immédiatement après leur naissance et dont les poumons étaient déjà parfaitement aérés tandis que les oreilles avaient conservé l'aspect fœtal.

Même après des accouchements faciles, on rencontre assez souvent dans les parties molles du crâne de l'enfant, habituellement entre le péricrâne et l'os, au voisinage des sutures, des ecchymoses dont le volume varie d'une lentille à un haricot. L'auteur, qui les considère comme un premier degré du céphalématome, en explique la formation par les tiraillements que les vaisseaux subissent, tandis que le crâne se moule sur la filière du bassin. Ces ecchymoses ont, à deux points de vue, de l'importance en médecine légale : 1° elle prouvent que l'enfant vivait au moment de l'accouchement ; 2° elles peuvent être prises à tort pour le résultat de violences postérieures à la naissance.

Dans un article final, Hofmann étudie les phénomènes cadavériques ; ce n'est qu'un résumé de l'intéressante monographie dont les lecteurs de la *Revue* ont pu lire l'analyse (XII, 235).

Nous sommes arrivés au terme de cet ouvrage dont nous avons cherché à mettre en saillie les parties originales. L'auteur, qui depuis seize ans est médecin des tribunaux et qui, après avoir enseigné la médecine légale à Innsbrück, a été appelé à la chaire analogue de l'université de Vienne, n'a pas manqué d'enrichir son œuvre avec des cas intéressants puisés dans sa pratique. Un des éloges qu'on peut faire de ce traité, éloge nullement banal pour qui est familier avec la lecture des livres allemands, c'est qu'il est écrit avec clarté. Nous nous permettrons toutefois une critique : il nous semble que l'époque choisie pour la publication n'était pas heureuse.

L'Autriche se trouvait en effet dans une période de transformation législative, si bien que l'auteur s'est vu obligé de consacrer un grand nombre de pages à la partie juridique. L'exposé comparatif des prescriptions du Code en vigueur et des articles correspondants du projet nouveau, joint aux citations du Code d'instruction criminelle autrichien, du Code pénal allemand et de l'ordonnance de procédure pénale encore à l'état de projet

en Allemagne, a entraîné Hofmann beaucoup plus loin qu'il ne croyait. Ce sont là des documents, des textes qui n'intéressent guère que les juristes et qui ont contraint l'auteur, en dépit de son intention première, de renoncer à faire une place dans son traité à l'importante question de la folie au point de vue médico-légal. Il y a ainsi une lacune qni nous paraît devoir être comblée dans une deuxième édition. J. B.

Sur les signes de la mort. Communication de GARIBALDI et Rapport de Ladreit de La Charrière, à la Société de médecine légale, 9 juillet 1877 (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 2e *série, XLIX, page* 349, *mars* 1878).

Le professeur de médecine légale de Gênes a fait des recherches sur la *tache scléroticale* mentionnée dès 1833 par Sommer et bien étudiée par Larcher.

Il examina dans ce but, du 27 octobre au 22 novembre 1876, les cadavres de 50 personnes et arriva ainsi aux résultats que voici :

Sur 50 cadavres examinés avant que 24 heures se fussent écoulées depuis la mort, la tache oculaire a été constatée 25 fois.

Le plus souvent, sa présence a été manifeste primitivement dans l'œil situé dans la position la plus déclive.

La tache en question fut apparente même dans les premières heures après la mort et dans 13 cas, elle fut évidente avant même que la rigidité cadavérique pût être constatée. J. B.

Della morte nel vuoto (De la mort dans le vide), par Arrigo TAMASSIA (*Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale, fasc. II et III*, 1878).

Tamassia publie un important travail sur ce sujet, non étudié jusqu'à présent, au point de vue expérimental, si ce n'est par Tardieu qui n'a d'ailleurs fait qu'une seule expérience.

Tamassia s'est servi de cloches en verre assez grandes pour pouvoir contenir facilement des lapins ou des petits chiens, renfermant un baromètre pour mesurer la pression, la température des animaux étant prise avant et après l'opération. Au moyen d'une aiguille adaptée à l'appareil on pouvait les piquer de manière à constater l'état de leur sensibilité. A l'aide de l'ablation d'une partie des côtes, on établissait une fenêtre par laquelle on pourait observer les mouvements du poumon et les révolutions cardiaques. Les inconvénients que présentait cette grave opération au point de vue de la régularité des observations ont été atténués par le soin qui a été pris de varier fréquemment les conditions dans lesquelles elles ont été faites. Deux séries d'expériences ont été faites : dans la première, le vide était fait sous la cloche avec la plus grande rapidité, de manière à obtenir en trois minutes une pression de 0,5 de mercure ; dans la seconde, au contraire, le vide était fait très-lentement, de manière à obtenir la pression 3,8 de mercure dans les trois premiers minutes et 0,5 dans les quatre minutes suivantes. 15 expériences ont été faites et leur relation détaillée est suivie de l'étude synthétique de la symptomatologie, de l'anatomie pathologique et de l'examen de l'importance diagnostique des lésions ainsi que des applications qui se rapportent à la médecine

légale.— Quand la raréfication de l'air est moyennement rapide, un lapin succombe en trois minutes, un chien en cinq minutes. Les symptomes qui précèdent la mort peuvent être groupés dans l'ordre suivant: 1° stupeur profonde; 2° accélération des mouvements respiratoires, ralentissement des révolutions cardiaques, mouvements d'extension du cou et de déglutition; 3° convulsions cloniques des membres et de la colonne vertébrale, accélération des battements cardiaques; 4° diminution des mouvements convulsifs du cœur; 5° collapsus, anesthésie générale, ralentissement extrême des mouvements respiratoires et cardiaqnes. — Durant cette asphysie, la température du corps s'abaisse de 1°,8 dans la raréfaction d'air rapide, de 2° dans la raréfaction lente. La sensibilité générale va sans cesse diminuant des extrémités vers le centre du corps; la vue est probablement le premier des sens qui disparaît, l'ouïe le dernier. — Les résultats nécroscopiques sont la congestion de toutes les parties périphériques du corps, leur gonflement, la saillie des yeux, les hémorrhagies sous-conjonctivales et rétiniennes, les congestions et les hémorrhagies sous-muqueuses dans la trachée. En outre, les poumons ont présenté les altérations macroscopiques suivantes: ramollissement du parenchyme dû à son élasticité, à l'emphysème et aux infarctus hémorrhagiques; emphysème sous-pleural; emphysème parenchymateux; injection de la muqueuse bronchique. A l'examen microscopique, les alvéoles sont comprimés, ou présentent l'emphysème à tous ses degrés. Le ramollissement du poumon doit être considéré comme une lésion d'une grande valeur dans ce genre de mort, il atteint un degré véritablement remarquable (lésion spécifique). Le cœur, le sang, présentent les lésions ordinaires de l'asphyxie. — La température *post mortem* décroît de 1,10 dans la première minute, sans aucune oscillation irrégulière. La rigidité cadavérique est constante dans ces divers genres de mort, et survient rapidement. La putréfaction dans ses diverses phases ne présente aucune particularité digne d'être notée. — Pendant la vie, tous les symptômes augmentent progressivement d'intensité, et sont moins distincts, dans la raréfaction d'air rapide. Les lésions sont au contraire plus accentuées dans la raréfaction lente. Dans le vide le plus complet (0,5) la vie se maintient encore pendant plus d'une minute (1,40-3). — On peut croire que les mêmes lésions et les mêmes symptômes seraient observés dans les cas où la raréfaction d'air respirable se serait faite d'une manière assez importante. F. BALZER.

De la valeur des ecchymoses sous-pleurales, par LAFOREST (*Gaz. hebd.*, 20 *septembre*).

M. le Dr Laforest rapporte un cas d'ecchymoses sous-pleurales observées chez une femme de 64 ans, morte d'*hémorrhagie cérébrale*. Ces ecchymoses siégeaient à la face diaphragmatique du poumon droit; une d'entre elles avait 2 millimètres de long; une autre, située tout près, des dimensions un peu moindres; les autres se présentaient sous l'aspect d'un pointillé noirâtre.

On sait que, d'après Tardieu, ces ecchymoses sous-pleurales constituent le signe caractéristique de la mort par suffocation ou par strangulation : dans le premier cas, elles ont une certaine étendue, tandis

que, dans la strangulation, elles affectent la forme d'une série de points, de la dimension d'une tête d'épingle, disséminés à la surface des poumons, particulièrement au bord postérieur.

M. Laforest, en présence du cas qu'il a observé, se demande si l'on doit conserver aux ecchymoses sous-pleurales cette valeur absolue, et s'il n'y a pas lieu de considérer qu'elles peuvent se produire toutes les fois qu'il y a eu mort rapide, soit par suite de tentatives criminelles, soit par suite d'un accident ou d'une lésion foudroyante.

ARMAND PAULIER.

Ueber den Tod durch Chloroform vom gerichtsärztlichen Standpunkte (La mort par le chloroforme au point de vue médico-légal), par Wilh. BERGER (d'Elberfeld) (*Vierteljahrss. f. gericht. Med. u. œff. Sanit., nouv. série, XXVIII, p.* 309).

Les effets des anesthésiques s'expliquent, selon l'auteur, par leurs propriétés physiques ; tous ces agents sont plus ou moins volatils à la température ordinaire. La densité de leurs vapeurs qui est supérieure à celle de l'atmosphère, joue un rôle essentiel dans leur action sur l'organisme.

Les anesthésiques sont inhalés dans une chambre dont la température est de 15 ou 20° ; arrivés dans les poumons, ils prennent une température d'au moins 35° qui s'élève jusqu'à près de 42°, une fois qu'ils sont dans le cœur gauche et dans les artères. Ils subissent ainsi en quelques secondes un accroissement de chaleur qu'on peut évaluer de 22 à 27° ; le volume de leurs molécules doit éprouver une augmentation correspondante, à moins que la pression du liquide sanguin et des parois vasculaires n'y mette obstacle. Or, la pression exercée par les parois des capillaires étant nulle, une partie des vapeurs anesthésiques traversent ces parois et pénètrent dans le tissu interstitiel, tandis que l'autre partie parcourt le trajet des vaisseaux avec une vitesse qui dépend à la fois de l'énergie de la pression cardiaque et de leur plus ou moins de densité. Lorsqu'on ne continue pas les inhalations, les vapeurs qui ont pénétré dans les tissus interstitiels ne tardent pas à rentrer dans la circulation pour être, avec les autres, éliminées par les poumons et par la peau. Lorsqu'au contraire, on poursuit trop longtemps l'administration de l'agent anesthésique, ces vapeurs s'accumulent de plus en plus dans les organes qu'elles distendent.

Là où cette distension peut s'accomplir sans résistance, le fonctionnement des organes en est peu incommodé, c'est le cas pour les muscles. En revanche partout où la distension ne peut dépasser une certaine limite, comme par exemple dans le cerveau et la moelle épinière qui sont enfermés dans d'épaisses membranes et dans une enveloppe résistante, la dilatation de la masse nerveuse dépasse bientôt les bornes et l'on voit survenir des phénomènes de compression et d'anémie cérébrale qui donnent la clef des accidents observés.

Il y a lieu de répartir sous 3 chefs, les faits de mort survenus sous l'influence du chloroforme.

Dans les cas de la première catégorie, le rôle du chloroforme est assez insignifiant ; les patients ont succombé non par l'anesthésie, mais durant

l'anesthésie par suite d'autres incidents qui ont accompagné ou précédé l'opération. Même après l'autopsie, la cause de la mort peut rester problématique, ainsi que cela se voit lorsque la mort des malades a été déterminée par une violente émotion.

Dans les faits mortels appartenant à la deuxième catégorie, l'influence du chloroforme n'est pas immédiate. Ici viennent se ranger les exemples assez nombreux d'asphyxie survenue tantôt dans le cours d'opérations pratiquées sur la gorge, par pénétration de sang ou de matières alimentaires dans la glotte insensibilisée, tantôt par la constriction de vêtements gênant les mouvements respiratoires, tantôt enfin parce que l'opérateur ou ses aides compriment à leur insu le corps du patient. L'autopsie fournit les signes de l'asphyxie, mais à un degré atténué, car le patient anesthésié n'a pu réagir contre elle. Les poumons sont plus ou moins congestionnés et œdématiés, la muqueuse laryngo-trachéale est injectée, à supposer toutefois que la putréfaction n'ait pas eu le temps d'effacer les lésions caractéristiques.

D'autres fois c'est une syncope qui se produit au début de l'anesthésie ou de l'opération, avant que le patient soit complétement endormi. On trouve alors après la mort une anémie très-marquée du cerveau et le cœur rempli de sang, lorsque la décomposition cadavérique qui est très-précoce ne s'est pas encore étendue à ce liquide.

Enfin, il y a encore les cas de mort tardive par le chloroforme, survenue dans un laps de temps variable, de trois quarts d'heure à quinze jours après la chloroformisation.

Quant aux faits de la troisième catégorie, c'est le chloroforme qui est la cause directe et immédiate de la mort, amenée par le mécanisme exposé plus haut. A cet égard, l'auteur n'attache pas beaucoup d'importance à la pureté plus ou moins grande du chloroforme employé ; en revanche le mode d'administration ne saurait être indifférent. Des accidents peuvent se montrer, soit que la dose de l'anesthésique soit trop considérable du même coup, soit que les inhalations aient été pratiquées sans aucune interruption. L'autopsie révèle encore ici une anémie des centres nerveux qui est un peu masquée par une coloration foncée due à la présence d'un peu de sang fluide ayant une teinte noir d'encre. Il est assez fréquent aussi de constater à l'ouverture du crâne et du rachis, une odeur très-nette de chloroforme qu'on n'avait pas remarquée ailleurs ; enfin l'analyse chimique de l'encéphale et de la moelle décèle encore l'existence du chloroforme à une époque où il est impossible de retrouver cette substance dans les autres parties du corps.

L'amylène et l'éther, grâce à leurs effets plus fugitifs et moins intenses, doivent être préférés au chloroforme chez les personnes atteintes d'affections circulatoires. L'emploi des anesthésiques réclame une grande prudence quand il s'agit d'individus ayant une affection thoracique quelconque ou un embonpoint considérable.

Un fait singulier, c'est que la mort par le chloroforme se présente relativement plus souvent dans le cours des petites opérations ; cela tient, au dire de l'auteur, à ce que les grandes opérations, telles qu'amputations de jambe ou de cuisse, s'accompagnent d'une perte notable de sang qui a pour conséquence une diminution de la pression supportée par le cerveau : aussi en cas d'accidents, croit-il tout à fait rationnelle, une saignée de la jugulaire.

Quand le chloroforme a été administré par la voie de l'estomac, les doses doivent être plus fortes pour déterminer les mêmes accidents qui sont d'ailleurs plus lents à paraître. Une partie du chloroforme est éliminée par les poumons, et n'arrive pas au cerveau qui a le temps pour ainsi dire de s'accoutumer à l'accroissement de pression qu'il subit : c'est pourquoi les morts brusques sont rares. En général, la terminaison fatale est causée par la réaction consécutive, qui se traduit par une hypérémie cérébrale et peut même donner lieu à une hémorrhagie, à une attaque apoplectique.

Berger résume comme suit les lésions rencontrées à l'autopsie d'individus qui ont succombé aux inhalations de chloroforme :

Anémie de l'encéphale qui peut être parfois très-volumineux, lorsqu'il est distendu par les vapeurs chloroformiques. Poumons fréquemment affaissés et renfermant peu de sang ; parfois mucosités abondantes dans la trachée et les bronches. Cœur gauche vide le plus souvent, tandis que le droit regorge de sang noir qui forme quelquefois de petits caillots. La flaccidité et la pâleur du cœur, bien que pouvant tenir en partie à la putréfaction et se retrouvant aussi sur d'autres cadavres, conservent une certaine importance au point de vue du diagnostic, car dès qu'on y fait attention, on voit que ce n'est pas seulement le cœur, mais bien tous les muscles qui sont pâles et flasques. En revanche la coloration foncée du sang, rouge cerise ou noir d'encre et la présence de bulles gazeuses dans le sang n'ont pas grande valeur ; le premier phénomène en effet n'est pas spécial à la mort par le chloroforme, et le second paraît être dû à la décomposition.

On voit facilement combien est délicate la situation du médecin légiste appelé à se prononcer dans une affaire de mort imputée au chloroforme. Même alors que l'événement funeste a été indubitablement occasionné par l'anesthésique, les résultats fournis par l'autopsie ne sont pas tels qu'ils ne puissent se prêter à d'autres interprétations. Aussi est-il nécessaire que l'expert prenne en outre en considération, l'état du patient avant et pendant l'anesthésie, les incidents qui ont pu se passer durant cette opération, et enfin la conduite de l'opérateur en cette occurrence. J. B.

PATHOLOGIE EXTERNE ET CLINIQUE CHIRURGICALE

I.—Leçons sur les maladies des voies urinaires, par RELIQUET (1er *fascicule*, 1 *vol. in*-8, *Paris*, 1878, *A. Delahaye, édit.*).

II.—Leçons sur la chirurgie clinique des maladies des voies urinaires (leçons générales), par A. PAQUET (1 *vol. in*-8, *Paris*, *A. Delahaye*, 1878).

III.—Précis théorique et pratique des maladies des voies urinaires, par SIRUS PIRONDI (1 *vol. in*-8, *Paris*, 1878, *Lauweyrens, édit.*).

IV.—Traité des maladies de l'urèthre, de la prostate, de la vessie, par H. PICARD (3 *vol. in*-8, *Paris*, *J.-B. Baillière, édit.*, 1877, 1879).

.—**Stricture of the urethra and other disorders of the urinary organs, par R. HARRISON** (1 *vol. in*-8, *Londres*, 1878, *Churchill édit.*).

VI.—Clinical records of injuries and diseases of the genito-urinary organs, par C. FLEMING (1 *vol. in*-8, *Londres*, 1878).

VII.— Des ruptures de la vessie dans leurs rapports avec les fractures du bassin, par CHABOUREAU (*Thèse de Paris*, 1878).

VIII.—Des ruptures de l'urèthre, par TERRILLON (*Thèse d'agrégation de Paris*, 1878.)

IX. — Étude sur le traitement des affections calculeuses chez l'homme par la lithotritie, par L. HENRIET (*Thèse de Paris*, 1877).

X. - Litholapaxy or rapid lithotrity with evacuation, par BIGELOW (1 *vol. in*-8, *Boston, Williams*, 1878.)

I, II, III, IV. — Ces ouvrages ne sont que l'exposé plus ou moins développé des faits généralement connus et admis. Ils pourront être lus avec fruit, mais n'offrent aucun point spécial qui doive nous arrêter.

V. — Nous pourrions en dire autant des cliniques de Harrison, si nous n'y trouvions un chapitre (leç. VIII, p. 79) consacré aux rétrécissements d'origine syphilitique. Parmi les accidents secondaires peuvent se montrer des indurations péri-uréthrales, souvent considérables et atteignant aussi bien la région pénienne que la région spongieuse. Il faut leur opposer le traitement spécifique, et particulièrement les frictions mercurielles, sans oublier, toutefois, l'usage des bougies. A l'appui de cette manière de voir, déjà émise par Nunn et par Bell, Harrison rapporte en détail trois observations, dont la première surtout paraît concluante.

Signalons également, à la leçon XI, la description d'un uréthrotome propre à l'auteur, et incisant tout à la fois les faces supérieure et inférieure. On ferait ensuite usage de bougies de forme ovalaire.

VI. — D'une façon générale, l'ouvrage de Fleming est bien moins un traité véritable qu'un recueil d'observations (CXV) fidèlement et soigneusement analysées. Il en résulte un peu de confusion qui rend les recherches, sur un point donné, difficiles à faire. Ce fait est d'autant plus regrettable que nous n'hésitons pas à considérer la lecture de ce livre comme des plus instructives.

Dans le premier chapitre, l'auteur s'attache à exposer les aspects divers de l'urine pathologique.

Dans le deuxième et le troisième, il étudie, sous le nom de « Obstructions de l'urèthre », les troubles de la miction qui peuvent apparaître à la suite des plaies et contusions de la verge et du périnée, des fractures du pubis ou du bassin, des corps étrangers du rectum (obs. XXI). Il cite également quelques faits de rétention chez des blennorrhagiques, chez des prostatiques, insistant particulièrement sur les dangers du cathétérisme, lorsqu'il existe un certain degré de priapisme. On lira avec fruit les observations XXIV, XXV et XXVI. Il s'agit de sujets atteints d'atrésie du méat, d'atrésie vulvaire, de phimosis, et qui ont présenté, un jour donné, des accidents capables de faire croire à une affection calculeuse. Ces accidents ont cessé, d'ailleurs, dès que le libre écoulement

des urines fut assuré. L'auteur explique leur apparition subite par une modification acide dans la constitution des urines.

Le chapitre IV a trait aux obstructions par corps étrangers, venus de l'extérieur ou descendus de la vessie. On y trouve une série d'observations présentant toute la gamme des accidents provoqués par la migration d'un calcul à travers un canal sain, à travers un canal rétréci. Deux observations se rapportent à des calculs de la prostate. L'auteur a plus particulièrement en vue les enfants, ce qui explique sans doute la facilité avec laquelle il conseille la boutonnière uréthrale plutôt que le refoulement du calcul, encore peu engagé, dans la cavité vésicale.

Le Ve chapitre est consacré aux troubles de la miction provoqués par les lésions aiguës ou chroniques de la prostate. Il ne présente qu'un intérêt secondaire. — Nous en dirons autant du chapitre VI, consacré à l'hématurie. Toutefois, on y trouvera trois observations intéressantes : l'une de cancer encéphaloïde de la vessie et des vésicules séminales; la seconde, de polype de la vessie; et la troisième, enfin, d'obstruction de la veine rénale à la suite d'une phlébite ascendante des veines fémorale et iliaque.

Dans le chapitre VII, nous n'avons qu'à relever ce fait important que, malgré une pratique étendue, l'auteur n'a eu que deux fois occasion de recourir à la ponction de la vessie.

Le chapitre VIII, consacré à une série d'observations sur l'hydrocèle vaginale, l'hydrocèle enkystée, l'orchite tuberculeuse, la tumeur kystique du scrotum, l'orchite suppurée, l'hydrocèle enkystée du canal de Nuck, pourrait presque être considéré comme déplacé dans un traité sur les affections des voies urinaires, si l'auteur n'avait posé comme prémisses au chapitre II et ne répétait en diverses places que ces lésions de voisinage peuvent éveiller une sympathie vésico-uréthrale.

Le chapitre IX est rempli presque tout entier par des observations de lithotritie ou de taille; mais nous devons noter que, chez l'enfant, les polypes du rectum pourraient souvent en imposer pour une affection calculeuse. L'observation XCXIII, qui termine ce chapitre, est des plus curieuses : il s'agit d'un corps fibreux utérin ayant subi la transformation calcaire et qui, après avoir usé et perforé la vessie, s'ulcéra dans sa cavité. Les troubles de la miction, la résonnance de la sonde contre des masses dures et calcaires, firent croire à un calcul ou tout au moins à des dépôts phosphatiques. L'erreur ne fut reconnue qu'après la mort, survenue à la suite de tentatives opératoires.

La circoncision, comme traitement du phimosis, et l'emploi, pour cette opération, d'une petite érigne à quatre branches, destinée à attirer la muqueuse, tel est le sujet du chapitre X.

Le chapitre XI renferme, sous la dénomination de « Modifications de l'urine chez l'enfant », des remarques cliniques importantes. L'auteur rappelle tout d'abord que la miction peut être modifiée sous l'influence de lésions de voisinage (rectum, prépuce, vulve). Il établit ensuite qu'à cet âge, le pus trouvé dans les urines a presque toujours une origine extra-vésicale (urèthre, cavité préputiale, vagin), tandis qu'il est fréquent, au contraire, de constater une proportion exagérée d'urates et d'acide urique. Telle serait la cause ordinaire de ces crises douloureuses et de cette hyperesthésie vésicale que l'on rencontre si souvent chez les

jeunes sujets. L'hématurie est fréquente : elle peut tenir à un calcul, mais elle peut avoir pour origine une dégénérescence organique du rein ou une altération tuberculeuse vésicale. C'est à l'examen local et aux signes physiques qu'il appartient de décider. Fleming termine ce chapitre de pathologie infantile en faisant remarquer que lorsqu'ils souffrent de la vessie, les enfants prennent instinctivement une position telle que la vessie ne soit que faiblement comprimée. Aussi trouverait-on toujours alors, par le cathétérisme, 80 à 100 grammes d'urine dans une vessie qu'on aurait tout lieu de croire vide, à en juger par les efforts considérables de miction qui viennent d'avoir lieu.

VII. — Chaboureau s'est particulièrement attaché à expliquer le mécanisme des ruptures et déchirures de la vessie dans les cas de fractures du bassin. La lésion vésicale est presque toujours produite par le déplacement des fragments; son siége est en rapport avec la direction du traumatisme et la variété de fracture. Tantôt, il s'agit d'un véritable enfoncement du ou des pubis; la plaie vésicale siége sur la partie antéro-latérale du réservoir. Tantôt, au contraire, les fragments doivent subir une sorte de bascule pour que l'extrémité osseuse vienne atteindre la vessie vers sa partie inférieure et latérale : tel est le cas des fractures doubles verticales, l'ischion se portant en dedans et en haut. A côté de ces ruptures directes, se placent les déchirures indirectes qu'on observe à la suite de la disjonction de la symphyse pubienne : au moment où les os jouent l'un sur l'autre, ils entraînent dans leur mouvement anormal les ligaments antérieurs de la vessie, qui, tiraillée en sens inverse, se rompt à sa partie antérieure et médiane. Parfois, enfin, il y aurait simple coïncidence ; la vessie, demi-pleine, se romprait en même temps que la ceinture osseuse.

La nécessité de mettre le plus tôt possible une sonde à demeure est le résultat naturel d'un exposé symptomatique et diagnostique fait avec soin. Nous regrettons seulement qu'à côté des difficultés créées par un traumatisme du rein ou de l'urèthre, il ne soit pas fait allusion aux faits signalés par Fleming (chap. II), dans lesquels la rupture de la vessie et la fracture du bassin ne se sont révélées par aucun symptôme précis pendant la vie.

VIII. — Le travail de Terrillon est une monographie très-complète des ruptures de l'urèthre. Il se divise en deux parties : ruptures par traumatismes; ruptures pathologiques par distension exagérée du canal de l'urèthre sous l'influence des efforts de miction.

La première partie est la plus importante. Nous ne suivrons pas l'auteur dans les divers chapitres consacrés à l'anatomie normale, aux symptômes, au diagnostic et au traitement. Les matériaux réunis sont nombreux et soigneusement analysés. Mais, nous devons attirer tout spécialement l'attention sur l'anatomie pathologique et sur le mécanisme des ruptures. Il existe trois degrés différents et comme successifs : rupture interstitielle; rupture interstitielle avec déchirure de la muqueuse; rupture simultanée de la muqueuse, du tissu spongieux et de la gaîne fibreuse enveloppante. Cette dernière lésion peut, d'ailleurs, être complète ou incomplète. Le chapitre III (*Cause et Mécanisme*) emprunte une valeur spéciale aux expériences cadavériques nombreuses que l'on trouve rapportées sous le nom de *Pièces justificatives*. Pour la portion

pénienne, il s'agit presque toujours de traumatismes directs atteignant la verge en état d'érection. La région périnéale antérieure est surtout atteinte dans la chute à califourchon, plus rarement par un coup direct; mais dans l'un et l'autre cas, il faut distinguer suivant le volume du corps contondant. S'il est peu volumineux et peut s'enclaver facilement dans l'angle sous-pubien, il commence presque toujours par toucher une des parties latérales de l'ogive sous-pubienne et le corps caverneux correspondant; puis, à mesure qu'il s'enclave, il repousse l'urèthre, qu'il écrase sur le bord tranchant de la branche ischio-pubienne du côté opposé. C'est la paroi latérale du canal qui est intéressée, généralement vers la partie moyenne du bulbe. S'il s'agit d'un corps plus volumineux, l'urèthre est pressé directement de bas en haut contre la partie antérieure de la face inférieure du pubis : c'est le corps spongieux ou la partie antérieure du bulbe qui sont atteints; la rupture n'est pas franchement linéaire, elle est souvent déchiquetée. Quant à la portion périnéale profonde, ses ruptures sont consécutives aux fractures du bassin ou au diastasis de la symphyse. Jamais la région prostatique n'est intéressée.

IX. — La thèse d'Henriet ne saurait être analysée; elle doit être lue. Tout ce qui a trait à la lithotritie, telle qu'elle est généralement pratiquée aujourd'hui, y est exposé avec soin. La lithotritie n'est pas seulement étudiée dans son ensemble au point de vue de ses indications, de ses résultats, de son avenir, mais aussi et surtout dans ses moindres détails. Nous y trouvons, en effet, une description parfaite de la séance de lithotritie : les soins avant l'opération, les manœuvres instrumentales pour l'introduction, la prise de la pierre, son broiement, les précautions consécutives, les accidents possibles, tout ce qui peut, tout ce qui doit assurer le succès est minutieusement marqué. Ces préceptes, empruntés à la pratique de M. Guyon, ne sauraient, nous le répétons, être résumés en quelques lignes; l'ouvrage tout entier est à lire.

X. — Tandis qu'Henriet est avant tout soucieux d'éviter tout ce qui peut être attrition du canal et fatigue vésicale, tandis qu'il n'attache que peu d'importance au nombre des séances, mais beaucoup à la courte durée, Bigelow, au contraire, se propose de débarrasser le plus rapidement possible le malade de sa pierre et des débris formés par le lithotriteur.

Le véritable danger de la lithotritie ne consiste pas dans le contact des instruments maniés selon les règles, mais dans le séjour et l'engagement possible des débris calculeux. Les séances peuvent durer trois heures et plus (anesthésie par l'éther); elles se composent du broiement et de l'évacuation. Le lithotriteur est puissant, les mors ne sont pas fenêtrés, la branche femelle est un peu plus longue que la branche mâle, qui est armée d'une série de crans triangulaires alternant. Les manœuvres devant être prolongées, la roue est remplacée par une tête sphérique. La poignée est cylindrique. Le long de la tige existe un ajutage qui permet d'injecter de l'eau au cours de l'opération. Les prises, en effet, peuvent être directes ou indirectes, mais le réservoir ne doit pas être vide. L'évacuation se fait au moyen d'un appareil analogue à celui de Clover, mais plus efficace : la sonde évacuatrice est en argent: elle répond aux numéros 29, 30 et 31 de la filière Charrière; son extrémité vésicale, en forme d'ongle, est munie d'un seul œil égal au calibre de la sonde.

Elle est reliée à la poire aspirante et foulante par un tube en caoutchouc.

Malgré le volume des instruments employés, il n'est presque jamais besoin de recourir à une dilatation préalable, mais on devra souvent inciser le méat. Une séance se compose du broiement fait soit en une, soit en plusieurs fois, et de l'évacuation immédiate des débris. Si plusieurs séances sont nécessitées par le volume de la pierre, on peut laisser de quatre à huit jours d'intervalle.

Pratiquée dix-sept fois par son auteur, la litholapaxie ne lui a donné qu'un seul décès, tandis qu'elle lui a permis d'extraire facilement, sans broiement préalable, jusqu'à 82 graviers chez un malade (obs. X) et de détruire en trois séances une pierre dont les débris ne pesaient pas moins de 108 grammes (obs. VIII). Pourvu que l'instrument soit solidement maintenu, on n'a pas à craindre d'inflammations consécutives de l'urèthre ou de la vessie. V. CAMPENON.

I.—**Étude sur la tuberculose urinaire, par TAPRET** (*Arch. gén. de médecine, mai et juillet* 1878).

II. — **Étude sur la cystite tuberculeuse, par A. GUÉBHARD** (*Thèse de Paris, n° 376*, 1878).

III. — **De la tuberculose primitive des voies urinaires, par L. BIERRY** (*Thèse de Paris, n° 359*, 1878).

IV. — **Idem, par JEAN** (*France médicale*, 1878).

I. — L'auteur a surtout étudié le côté clinique de la question, généralement négligé jusqu'à ce jour.

Cette phthisie urinaire, qu'il considère comme une des formes les plus tranchées des phthisies anormales de Pidoux, se traduit, suivant lui, par un ensemble de symptômes suffisants pour permettre le plus souvent de poser un diagnostic exact, et consécutivement un traitement rationnel.

Au point de vue étiologique, la tuberculose urinaire appartient surtout à l'âge adulte ; rare chez la femme, elle apparaît ordinairement chez l'homme de 20 à 45 ans.

Au point de vue symptomatique ses manifestations donnent lieu à quelques considérations intéressantes suivant que le processus morbide débute par le rein, la vessie, la prostate ou l'urèthre, et y resté fixe plus ou moins longtemps.

Tuberculose primitive ou isolée du rein. — Elle détermine un ensemble de symptômes (hématuries, albuminurie, pus dans les urines avec ou sans polyurie, douleur spontanée ou provoquée par la pression sur la région lombaire) qui n'ont qu'une valeur discutable et peuvent aussi bien se rapporter à d'autres lésions du rein, telles que la néphrite interstitielle, la gravelle, etc., aussi le diagnostic est-il en général difficile. La marche de cette forme est ordinairement lente, quelquefois cependant elle peut affecter une allure rapide, soit par le fait d'une tuberculose pulmonaire intermittente ou d'une granulie, soit par une évolution rapide et complète des tubercules, en quelques mois, comme dans les cas de phthisie galopante des poumons. Le malade succombe alors à des accidents urémiques par suite de la destruction du tissu rénal.

Tuberculose primitive ou isolée de la vessie. — M. Tapret pense qu'il

Jean - debuté par le col.

existe réellement une cystite tuberculeuse qui n'a pas été décrite jusqu'ici, parce que les reins absorbaient l'attention et qu'on supposait très-rares ou tardives les lésions vésicales. Ses symptômes caractéristiques sont : des hématuries précoces dites prémonitoires ; — de la polyurie apparaissant à des intervalles irréguliers sous des influences diverses ; — de la *douleur* au *niveau du col vésical ;* — une sorte d'endolorissement de la vessie qui est presque toujours irritable et comme dans un état de contracture permanente. Dans le cas où elle conserve sa capacité normale, on peut quelquefois, à l'aide de la sonde exploratrice, ou du toucher rectal, sentir une induration limitée au bas-fond de l'organe.

Cette cystite tuberculeuse suit généralement une marche lente et aboutit à la consomption ou à la phthisie urinaire ; quelquefois cependant un accident local détermine l'apparition rapide de l'état cachectique.

Tuberculose primitive ou isolée de la prostate. — Elle affecte deux formes cliniques bien distinctes : une forme *rectale* ou circonférentielle ; une forme *uréthrale* ou uréthro-cystique. Cette dernière présente les symptômes attribués généralement à la cystite ou à l'uréthrite turberculeuse (douleurs pendant la miction et le cathétérisme, blennorrhagie, prostatorrhée, rétention spasmodique de l'urine).

La tuberculisation de la prostate aboutit en général à la formation de trajets fistuleux qui s'ouvrent dans l'uréthre, le rectum ou le périnée.

Suivant M. Tapret, ces diverses manisfestations symptomatiques de la présence de tubercules dans les organes génito-urinaires, ne deviennent véritablement significatives qu'après l'invasion des voies conductrices des urines et plus particulièrement du col vésical.

Lorsque ce dernier est atteint, la maladie prend une physionomie caractéristique qui est sensiblement la même dans tous les cas et dont voici les principaux traits.

Chez un individu de 20 à 40 ans, jusqu'alors en bonne santé, apparaissent, sans cause appréciable et sans douleur, une ou plusieurs hématuries, suivies au bout d'un temps plus ou moins long, d'une rétention d'urine facile à combattre ; — les envies d'uriner sont de plus en plus fréquentes et impérieuses ; — les mictions sont douloureuses au commencement comme à la fin, le repos ne le calme point ; — le malade expulse à grand peine quelques gouttes d'urine, laissant au fond du vase un dépôt purulent strié de sang, et par intervalles rend abondamment une urine tantôt claire, presque normale (urine nerveuse), tantôt trouble et décolorée (urine des affections profondes du rein) ; l'urèthre présente toujours une blennorrhagie des parties profondes ; — la vessie est petite ou dilatée, le col est douloureux, le bas-fond induré ; pas de traces de corps étrangers ; — la région rénale est douloureuse à la palpation, enfin la prostate offre des bosselures acuminées.

L'état général reste longtemps satisfaisant ; peu ou point de fièvre, à peine quelques troubles digestifs ; le malade se plaint surtout de ne pouvoir rester debout sans souffrir.

La marche du mal est lente, mais fatalement envahissante, et la terminaison mortelle soit par progrès de la phthisie urinaire, soit consécutivement à une phthisie pulmonaire aiguë.

Les phénomènes observés sont loin d'avoir tous la même valeur

disparu complète presque complète de la [illegible]
cavité. Kuhl [illegible] 2-32-?

séméiologique ; les plus importants sont : les troubles de la miction, les modifications dans le caractère des urines ; — les écoulements uréthraux.

1° *Troubles de la miction.* — Les envies d'uriner sont fréquentes la nuit et s'accompagnent de phénomènes de contracture du corps de la vessie, du col vésical ou de l'urèthre avec ou sans douleur.

Les caractères de cette douleur varient suivant qu'elle survient dans *l'intervalle* des mictions et *pendant* l'émission de l'urine. Dans le premier cas, c'est tantôt une simple sensation de pesanteur derrière le pubis, tantôt une constriction comme une barre ou une brûlure avec irradiation vers l'ombilic, le périnée, le rectum; d'autres fois elle apparaît sous forme d'accès intermittents, paroxystiques comme les coliques néphrétiques. Les malades sont tristes, mélancoliques, désespérés.

Pendant la miction, les caractères de la douleur changent dans 3 circonstances : A) Avant que l'émission de l'urine soit commencée; le sujet éprouve un besoin d'uriner extrêmement pénible et tellement impérieux qu'il ne peut y résister. — B) Au moment du premier jet, la miction est douloureuse surtout à cet instant, car pendant toute la durée de l'expulsion des urines, la douleur est légère ou nulle. — C) A la fin de la miction, quand la vessie se contracte pour exprimer les dernières gouttes, le malade éprouve une sensation de chaleur âcre, de constriction au niveau du col avec des irradiations du côté du méat ou du rectum.

2° *Modification des caractères de l'urine.* — On peut observer des hématuries, de la polyurie ou du pus dans les urines.

La valeur séméiologique de l'*hématurie* dépend de sa durée et du moment de son apparition : les hématuries passagères proviennent du rein ; les hématuries persistantes de la vessie ; celles de la fin de la miction d'une lésion du col.

Elles surviennent à différentes époques de la tuberculose urinaire ; les hématuries précoces dites prémonitoires arrivent souvent en bonne santé avant toute autre manifestation. Elle peuvent être très-abondantes, ou très-légères ; ce sont alors de véritables épistaxis uréthrales, suivant l'expression de l'auteur. Elles sont généralement indolentes et leurs conséquences immédiates insignifiantes.

Les hématuries de la période d'état sont à peu près constantes, douloureuses, rarement abondantes ; le sang se mélange mal à l'urine et tombe au fond du vase avec les détritus muco-purulents qui l'accompagnent.

Cette hématurie a, au point de vue du diagnostic, la même valeur que l'hémoptysie dans la tuberculose pulmonnaire.

La polyurie apparaît soit à une période peu avancée de la maladie, soit à la fin, quand le rein est en pleine dégénérescence. Dans le premier cas elle est essentiellement passagère; l'urine est pâle, limpide et ne laisse rien déposer ; elle ne contient pas d'albumine. La quantité et les qualités du liquide subissent enfin des variations inexplicables. — Dans le second cas, l'urine est épaisse, blanchâtre, décolorée aussitôt après son émission; plus tard elle laisse déposer une masse muco-purulente et même sanguinolente sans pour cela redevenir limpide. Ces caractères constants lui ont fait donner le nom d'urines rénales.

Ces deux variétés de polyurie se succèdent sans interruption.

La présence du pus dans les urines est quelquefois un des premiers

phénomènes de la phthisie urinaire; il peut passer inaperçu pendant des mois et des années; le malade s'en aperçoit souvent par hasard.

Ce pus indique que l'individu est sous l'influence d'une diathèse dont les manifestations vont s'accuser; aussi doit-on être très-réservé sur le pronostic de ce symptôme bénin en apparence.

3° *Écoulements uréthraux.* — Ils n'apparaissent que lorsque le canal de l'urèthre est lui-même envahi : si la lésion siége en avant du sphincter antérieur, l'écoulement est continu et comparable à celui de la blennorrhagie; si la portion prostatique seule est intéressée, l'écoulement se borne à quelques gouttes de liquide muco-purulent au commencement et à la fin des mictions.

II, III et IV. — L'analyse détachée du mémoire précédent nous dispense d'insiter sur la thèse de Guébhard qui offre une étude complète de la cystite tuberculeuse appuyée sur les observations de Tapret et sur un certain nombre de cas inédits. Les travaux de Bierry et Jean renferment aussi des faits inédits et bien étudiés. ARMAND B. PAULIER.

Dell' intervento chirurgico nell' accidente iscuria complicante la stenosi uretrale (De l'intervention chirurgicale dans la rétention d'urine qui accompagne les rétrécissements de l'urèthre), par G. B. SEGALE (*Brochure de* 50 *pages et figures, Gênes*, 1877).

Ce mémoire, qui a remporté le prix des hôpitaux de Gênes, est une étude consciencieuse des rétrécissements de l'urèthre soignés à l'hôpital Pammatone, depuis 1871 jusqu'en 1875. Les principaux cas sont au nombre de 109, dont 10 morts; tous ont été traités par la dilatation graduelle progressive; — la rétention d'urine s'est présentée dans la proportion de 65 0/0. C'est cette complication que Segale étudie plus particulièrement, en rappelant les différents moyens dont le chirurgien peut disposer, et les indications dérivant de chacun d'eux. Parmi ces 65 rétentions, 15 fois on a été obligé d'intervenir immédiatement. On a employé 9 fois la dilatation rapide, 3 fois l'uréthrotomie interne, 1 fois l'externe, et 2 fois le cathétérisme à la suite, que l'auteur semble affectionner tout particulièrement. Dans les cas où tous les moyens précédents échouent, Segale conseille très-énergiquement la ponction capillaire de la vessie; il s'appuie, du reste, sur une statistique très-favorable.

MARCANO.

On catheterism in cases of stricture on physiological principles (Rétention d'urine chez les rétrécis, conditions physiologiques qui aident le cathétérisme), par J. GAY (*The Lancet, vol. II, p.* 687, 1878).

Les difficultés du cathétérisme chez les rétrécis atteints de rétention d'urine complète ne tiennent pas seulement à la présence du rétrécissement, mais aussi à un état spasmodique des muscles de l'urèthre. Le canal se défend contre la pénétration du corps étranger. Pour faire cesser cet état de spasme, on fera intervenir la volonté du m lade. On l'engagera à faire des efforts de miction d'abord lents et modérés, puis énergiques.

On a ainsi le double avantage de provoquer le relâchement des sphinc-

ters et d'employer la pression de l'urine comme agent dilatateur. Lorsque le malade est ainsi préparé et pendant ses efforts, on introduit doucement le cathéter et on franchit facilement alors, en général, la coarctation. V. CAMPENON.

Stricture of the urethra and stone in the bladder, median lithotomy (Rétrécissement de l'urèthre, calcul vésical, taille médiane, guérison), par TEEVAN (*The Lancet, vol. I, p.* 532, 1878).

Cette observation ne renferme, à vrai dire, qu'un point intéressant : à la suite de tentatives pour faire glisser un cathéter métallique, ouvert des deux bouts, sur une bougie de baleine, celle-ci fut rompue et l'on ne put en retirer qu'une portion. Les débris de la bougie, restés au delà du rétrécissement, devinrent le point de départ d'un calcul vésical.

Ces ruptures de bougies en baleine seraient assez fréquentes, d'après l'auteur. V. CAMPENON.

Urethral calculus simulating stricture (Calcul de l'urèthre simulant un rétrécissement), par O. WILL (*Med. Times and Gazette, vol. I, p.* 700, 1878).

Cette observation est intéressante au double point de vue des symptômes et de la thérapeutique.

Un homme de 60 ans, indemme de toute affection vénérienne, éprouvait depuis 14 ans des troubles de la miction caractérisés surtout par la difficulté de la miction qui ne se faisait qu'avec effort et sous forme de petit jet. Huit ans auparavant, il avait eu une rétention d'urine pour laquelle il avait été sondé avec une fine sonde. La miction étant de plus en plus laborieuse, le malade avait consulté de divers côtés, mais sans grand avantage. Un explorateur métallique parcourt le canal sans difficulté jusqu'au bulbe, mais est brusquement arrêté à ce niveau par un corps dur qu'on reconnaît être un calcul. On parvint à le contourner avec un instrument du calibre n° 8, mais on constata en même temps qu'il était solidement fixé. Une anse métallique fut alors introduite et parvint à embrasser le calcul qui fut ainsi ramené à l'extérieur ; il avait le volume d'un gros pois.

L'auteur insiste beaucoup sur ce mode d'extraction qui lui semble très-pratique, rien n'étant plus facile que de se procurer un fil métallique. V. CAMPENON.

Stone in the bladder of man suffering from albuminuria; chronic bronchitis; stricture of the urethra and vesical atony; lithotrity combined with median lithotomy at one sitting; good result (Calcul vésical chez un sujet atteint de rétrécissement de l'urèthre et d'atonie vésicale ; bronchite et albuminurie. Fragmentation par le lithotriteur suivie immédiatement de la taille médiane; guérison), par TEEVAN (*The Lancet, vol. I, p.* 900, 1878).

Depuis 20 ans le nommé H..., âgé de 66 ans, est atteint de rétrécissement et ne peut vider sa vessie qu'à condition de faire journellement usage d'une sonde n° 11. Aux difficultés de la miction se sont joints, depuis 7 à 8 ans, des douleurs à l'extrémité de la verge et des besoins fréquents. L'urine a

été quelquefois sanguinolente; elle est d'ailleurs alcaline, riche en phosphates et fortement albumineuse.

Après avoir reconnu le siége du rétrécissement, dans la région sous-pubienne, on procède à sa dilatation qui n'est portée qu'avec peine jusqu'au n° 18. L'exploration vésicale, faite à cette époque, montre une pierre unique, mais dure, mesurant 2 cent. 5 m. dans son plus grand diamètre et un peu moins dans le sens transversal. Le malade est d'ailleurs cachectique et atteint de bronchite chronique.

L'opération se composa de deux modes opératoires successifs :

1° Un lithotriteur fut introduit dans la vessie et la pierre fut fragmentée en *petits morceaux*.

2° On procéda à l'extraction immédiate des débris en pratiquant la taille médiane, dont l'incision servit en même temps à diviser le rétrécissement uréthral. Quelques accidents thoraciques suivirent l'opération, mais ne tardèrent pas à disparaître et le malade pouvait quitter l'hôpital au 35e jour.

M. Teevan fait remarquer que jamais encore on n'avait eu recours à l'association simultanée de la lithotritie et de la taille. Il pense que cette méthode peut rendre de véritables services : la vessie n'étant pas vide au moment du broiement, on ne s'expose pas à la contondre; la petitesse des débris à extraire permet d'éviter les grandes incisions et l'attrition des parties.

La priorité de ce mode opératoire est réclamé par Macnamara qui paraît disposé à en faire une règle générale. (*The lancet*, vol. I. p. 949, 1878.) V. CAMPENON.

Expulsion d'un calcul par le périnée, par BOURILLET (*Comptes rendus de la Soc. des sciences méd. de Gannat, p.* 53, 1878).

Le sujet de cette observation est un homme de 48 ans, maigre, chétif, de nature scrofuleuse; il a été opéré de la pierre à l'âge de huit ans. Pendant un an il garda une fistule donnant issue à de l'urine et à un peu de pus. Depuis cette époque, plusieurs attaques de coliques néphrétiques.

En février 1877, à la suite de douleurs assez vives du côté de la vessie, survient une incontinence d'urine, puis consécutivement un abcès périnéal qui s'ouvre spontanément, laissant couler du pus et de l'urine; disparition de l'incontinence. Peu à peu, sans traitement, l'ouverture de l'abcès se referme et l'urine reprend son cours normal.

En mars 1878, ces mêmes symptômes se renouvellent, un abcès se forme au niveau du premier, et donne issue, par son ouverture spontanée au bout de quelques jours, à du pus et à un calcul de phosphate de chaux, dont le poids n'est pas indiqué. A. CARTAZ.

Nephrotomie wegen Nierensarkom (Néphrotomie dans les cas de sarcome du rein), par Th. KOCHER. — Zugleich ein Beitrag zur Histologie des Nierenkrebs (Contribution à l'étude histologique du cancer du rein), par Th. LANGHANS (*Deutsche Zeit. f. Chir., t. IX, p.* 3 *et* 4, 1878).

Un enfant de 2 ans 1/2 porte, depuis sa naissance, une tumeur solide, assez mobile, non fluctuante, remplissant la moitié gauche de la cavité abdominale. Kocher diagnostique une tumeur du rein gauche et en pratique l'extirpation. Une incision est faite de l'appendice xyphoïde jusqu'au-dessous de l'ombilic,

les intestins font issue hors de la plaie, et ne peuvent être réduits; ils restent pendant toute l'opération en dehors de la cavité abdominale; le feuillet postérieur du péritoine, très-épaissi, est incisé en dehors du côlon transverse et décollé de ses adhérences avec la tumeur; l'uretère, qui forme le pédicule de la tumeur, est lié et la tumeur extirpée. La toilette du péritoine est faite, le ventre refermé, un pansement de Lister appliqué. L'enfant meurt le surlendemain.

La tumeur occupe la partie centrale du rein, comme euveloppée par le tissu rénal encore existant; l'uretère, le bassinet et quelques calices persistent, mais aplatis l'un contre l'autre. A l'examen histologique, on constate des masses épithéliales, disposées sous forme de canaux glandulaires, et plongées dans un stroma de tissu conjonctif embryonnaire. C'est donc un adéno-sarcome. Il y a à noter la présence par place dans le tissu sarcomateux de fibres musculaires groupées en faisceaux minces; les unes striées, dépourvues de sarcolemme, non ramassées; d'autres, de même dimensions que les premières, mais dépourvues de striation; d'autres fusiformes à striation longitudinale très-fine, ressemblant aux fibres musculaires lisses.

Dans un second cas il s'agit d'une femme de 35 ans, atteinte depuis plusieurs mois de douleurs abdominales et d'hématurie et portant dans le flanc droit une tumeur du volume de la tête d'adulte, assez mobile, et que, à l'examen par le rectum, on reconnaît provenir du rein droit.

Kocher se décida à en pratiquer l'extirpation. Après incision de l'abdomen, on trouve la tumeur recouverte par le côlon transverse, et fortement adhérente au méso-côlon. La dissection de ces adhérences, attaquées au-dessous du côlon, offre de telles difficultés qu'on renonce à poursuivre l'opération, la mort arrive le troisième jour.

A l'examen histologique, la tumeur se montre constituée par un sarcome pur, sans mélange d'éléments glandulaires ou musculaires. Le néoplasme a envahi tout le rein droit, dont il ne resta plus que trois pyramides, encore fortement atrophiées.

Kocher croit l'extirpation du rein autorisée dans les cas de cancer de cet organe par les considérations suivantes : les métastases sont rares (50 sur 115) et, plus rarement encore (10 0/0), les deux reins sont malades.

Le mal apparaît très-souvent dans l'enfance et le diagnostic en peut être fait de bonne heure, basé sur le siége de la tumeur, en arrière des intestins; les douleurs localisées, s'irradiant dans l'aine; l'hématurie, qui s'observe dans un tiers des cas.

Quant au procédé opératoire, la néphrotomie lombaire n'est possible que tout au début. Plus tard il faut procéder comme pour une ovariotomie, ce qui est plus avantageux encore pour le cas, toujours possible, où une erreur du diagnostic aurait été commise. Quant à l'insuccès de sa seconde opération, Kocher l'attribue à ce qu'il a cherché à détacher la tumeur au-dessous du côlon, tandis qu'il faut toujours inciser le péritoine pariétal en dehors du côlon ascendant ou descendant, ou au-dessus du côlon transverse; de cette façon, il serait toujours aisé de détacher les adhérences. H. THORENS.

Recherches anatomiques et cliniques sur les gaînes synoviales de la face palmaire de la main, par E. SCHWARTZ (*Thèse de Paris*, 1878).

Des recherches faites sur 120 mains dont 80 d'enfants et 40 d'adultes

ont conduit l'auteur aux conclusions suivantes sur la disposition anatomique et la texture des synoviales tendineuses de la paume de la main.

1° La main est pourvue à sa face palmaire de 5 synoviales annexées aux tendons fléchisseurs, 3 digitales, 2 palmaires qui normalement se prolongent dans les doigts extrêmes correspondants.

2° Le prolongement de la synoviale carpo-phalangienne externe est constant, quand la synoviale est saine; celui de la carpo-phalangienne interne est très-fréquent.

3° La communication entre les deux portions digitale et palmaire est établie par un trajet très-étroit péri et intertendineux.

4° La grande synoviale interne n'est annexée qu'aux tendons du petit doigt et de l'annulaire en partie. Ceux du médius et de l'index n'ont avec elle que des rapports médiats.

5° Elle est divisée dans sa portion palmaire, en 3 loges : prétendineuse, intertendineuse et rétrotendineuse, dont la dernière seule communique facilement avec la synoviale digitale du petit doigt.

6° Les variétés de disposition des gaînes de la face palmaire de la main doivent être divisés en congénitales et acquises; seule la variété rare de la synoviale interne ne se prolongeant pas dans le petit doigt est congénitale.

Toutes les autres variétés, communication des deux grandes gaînes interne et externe, gaînes accessoires des tendons de l'index, bourses séreuses précarpiennes sont des dispositions acquises.

7° La variété congénitale est en même temps symétrique.

8° La main droite est beaucoup plus souvent que la gauche le siége des variétés acquises.

9° Les différentes variétés décrites se rencontrent beaucoup plus fréquemment chez les adultes hommes que chez les femmes et les enfants.

10° Les synoviales palmaires de la main, surtout celles du pouce et du petit doigt, sont très-vasculaires.

Elles sont entourées d'un tissu celluleux très-lâche, d'un véritable tissu séreux qui tamise les vaisseaux qui doivent les vasculariser.

Elles recoivent leurs nerfs, surtout l'interne, du nerf médian et du nerf cubital. Schwartz n'a pu injecter de vaisseaux lymphatiques.

11° Les rapports des grandes séreuses interne et externe avec le péri-mysium et le tissu cellulaire intermusculaire sont très-intimes ; il semble que leur feuillet pariétal se continue directement avec ces derniers.

Dans la seconde partie de son travail, s'appuyant sur un certain nombre d'observations et d'autopsies, Schwartz a étudié l'évolution clinique et anatomo-pathologique des synovites aiguës de la paume de la main, soit plastiques, soit suppurées, et l'influence sur leur marche, leur terminaison des diverses dispositions anatomiques signalées. Nous pouvons résumer ces recherches dans les propositions suivantes :

La synovite suppurée est mélangée presque toujours à la synovite adhésive ou plastique. Cette dernière a pour sa production des endroits de prédilection.

Elle se produit surtout dans les points les plus retirés et particulièrement au niveau de l'union du petit doigt et de la paume de la main, de

même que dans les gaînes digitales proprement dites de l'index, du médius et de l'annulaire.

Si les inflammations parties du petit doigt ne se propagent pas toujours à la grande gaîne du poignet dans les cas d'ouverture et de suppuration de la gaîne de l'auriculaire, on le doit à la synovite plastique.

Il en est de même si les synovites suppurées de la paume ne se propagent pas dans le petit doigt.

La gaîne du pouce semble être sous ce rapport moins bien partagée que celle de l'auriculaire

Les plaies et panaris des doigts médius, index et annulaire sont en général peu graves même quand ils sont tendineux ; leur gravité résulte localement de la permanence des adhérences et de la gêne des mouvements de flexion.

Les plaies et panaris *tendineux* du pouce sont plus graves relativement à la menace de suppuration totale, que les plaies et panaris analogues de l'auriculaire : quant aux plaies de la paume de la main, et aux inflammations qui s'y développent au-dessus de l'union du petit doigt, elles sont graves, car la suppuration envahit facilement tout le système synovial de la main et du poignet. Les arthrites suppurées du poignet qui se développent dans le cours d'une synovite suppurée de la paume de la main, naissent par transmission directe de l'inflammation et par perforation des ligaments qui unissent entre elles les surfaces articulaires.

La doctrine des suppurations lymphatiques consécutives à une plaie ou un panaris du petit doigt ou du pouce a contre elle un grand nombre de faits phathologiques observés directement, et cet autre fait tiré de la comparaison des synoviales de la plante des pieds et de la paume de la main ; la rareté relative des vastes abcès et fusées de la plante des pieds, malgré la fréquence des lésions des orteils.

Les deux grandes synoviales plantaires n'arrivent jamais ni au 1er ni au 5e orteil (Consulter encore : *Des synovites tendineuses chroniques et des kystes synoviaux des gaînes digitales isolées*, par Paris (Th. de Paris, n° 259, 1878), et *De l'inflammation aiguë des gaînes synoviales de la main*, par Garnier (Th. de Paris, 1878).

Sur la formation de kystes synoviaux dans la jambe en connexion avec une maladie de l'articulation du genou, par MORRANT BAKER (*St-Barthol. hosp. Rep.*, *t. XIII, p.* 245-261, 1877).

L'auteur rapporte huit observations qu'il fait suivre des conclusions suivantes :

1° Dans les cas d'épanchements du genou, spécialement dans ceux qui ont pour point de départ une ostéo-arthrite, le liquide sécrété peut se frayer une voie au dehors de l'articulation et former par la distension des parties voisines un kyste synovial de grandes ou de faibles dimensions ;

2° Les kystes synoviaux ainsi formés peuvent occuper : *a*) le creux poplité et la partie supérieure du mollet; *b*) se montrer dans le mollet seulement, en faisant d'ordinaire plus de saillie du côté interne de la jambe; *c*) ou apparaître seulement à la partie supérieure et interne de

la jambe sous forme d'une petite tumeur délimitée (*defined*), distante de 3 ou 4 pouces de l'articulation du genou ;

3° Quelque volumineux que soit le kyste synovial, la fluctuation ne peut pas se transmettre à l'intérieur de l'articulation ; mais l'absence de ce mode de fluctuation ne prouve pas qu'il n'existe point de connexion entre le kyste et la jointure ;

4° Le kyste peut disparaître après un temps plus ou moins long sans laisser de traces de son existence, même à la dissection ;

5° Ces kystes ne doivent être ponctionnés ou autrement opérés que s'il y a de puissantes raisons de le faire, car l'intervention peut amener une inflammation aiguë et une suppuration du genou ;

6° Le plus souvent la maladie du genou a précédé l'apparition du kyste secondaire; mais quelquefois l'attention du malade a été attirée tout d'abord sur le kyste qui peut même pendant longtemps constituer la partie la plus importante de la maladie. CH. P.

Contribution à l'étude des tumeurs cutanées d'origine sudoripare, par P. GAMBIER (*Thèse de Paris*, n° 372, 1878).

L'auteur profite d'un certain nombre d'observations, recueillies par lui dans les divers services hospitaliers, pour faire l'histoire des tumeurs d'origine sudoripare, déjà bien indiquée par le professeur Verneuil dès 1854 dans un mémoire inséré dans les *Archives de médecine*.

Il décrit, sous le nom d'adénome sudoripare circonscrit et diffus, les 3 formes, kystique, hypertrophique circonscrite et hypertrophique diffuse; cette dernière se rapproche beaucoup de l'épithéliome, sans toutefois en avoir la malignité.

Ces adénomes circonscrits sont très-bénins. Ils restent longtemps stationnaires, mais peuvent aussi s'ulcérer sous l'influence d'irritations répétées.

L'ulcération faisant des progrès, la tumeur peut devenir diffuse.

Les adénomes diffus d'emblée, très-rares, ont une grande tendance à l'ulcération.

Il est excessivement rare qu'un adénome passe de la troisième variété à l'état d'épithéliome véritable.

Ces adénomes peuvent être multiples, et ils ont pour siége tous les endroits du tégument externe munis de glandes sudoripares : à ce point de vue, il est remarquable de ne les trouver que rarement à la paume de la main et à la plante du pied.

Ces tumeurs n'exercent aucune influence fâcheuse sur l'économie. Ce sont des tumeurs purement locales, bien différentes en cela des autres tumeurs confondues avec elles. Le traitement, entièrement chirurgical, doit être énergique, l'opération prompte et complète ; il faut les enlever tout à fait ou ne pas y toucher. La récidive est possible si l'incision n'a pas compris une certaine partie des tissus environnants, sains en apparence, mais pathologiques en réalité. E. SCHWARTZ.

De l'arthrite et de l'hydarthrose du genou consécutives à la lymphangite du membre inférieur, par VERNEUIL (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 2e *série, tome VII, n*° 42).

Dans ce travail, M. Verneuil a appelé l'attention sur la possibilité de la propagation à la synoviale du genou d'une inflammation superficielle née dans le réseau lymphatique sous-cutané, et affectant la forme, soit de la lymphangite des gros troncs, soit de l'érysipèle. Dans les 5 observations qu'il rapporte, la maladie a débuté par une petite blessure au pied; puis on a vu survenir 4 fois une lymphangite des gros troncs avec abcès circonscrits, et 1 fois un érysipèle phlegmoneux.

Au bout d'un temps plus ou moins long, on a constaté l'apparition d'une arthrite qui, trois fois, a été purulente d'emblée, et deux fois séreuse ou séro-purulente.

Pour expliquer cette transmission de l'inflammation de dehors en dedans, on peut faire diverses hypothèses. Par exemple, on peut admettre que les lymphatiques synoviaux, qui s'abouchent dans les gros troncs péri-articulaires, se sont enflammés de leur embouchure vers leurs racines. D'autre part, si l'on tient compte du peu d'épaisseur de la couche fibreuse qui sépare les lymphatiques sous-cutanés de la face externe de la synoviale, il est admissible que l'inflammation puisse franchir une telle barrière. Enfin, un abcès lymphatique peut s'ouvrir directement dans la synoviale.

En général, dans ces cas, l'arthrite purulente a une marche d'autant plus grave que le sujet est dans de plus mauvaises conditions de santé générale. S'il n'y a qu'une hydarthrose, le pronostic est naturellement tout autre. Quant au traitement, il y a peu de chose à en dire, si ce n'est qu'il est prudent d'ouvrir de bonne heure les abcès lymphatiques périarticulaires.

GASTON DECAISNE.

Faits pour servir à l'histoire du phlegmon bronzé, par VERNEUIL (*Revue mensuelle de méd. et de chir., juillet* 1878).

C'est pour bien montrer l'importance des lois promulguées par la pathologie générale, c'est pour montrer leur utilité immédiate et le profit qu'on peut en tirer au lit du malade, que M. Verneuil relate, avec commentaires, un cas de phlegmon bronzé, dont l'histoire peut être résumée en ces termes : Contusion du bras sans plaie ni fracture; — symptômes légers au début, développement rapide d'un phlegmon bronzé; — accidents urémiques;—mort, 53 heures après la chute; — constatation d'une ancienne affection rénale.

A l'observation de son malade, M. Verneuil joint celle d'un blessé soigné par M. Terrier, dont l'histoire peut se libeller dans les lignes suivantes : Plaie contuse de la jambe à la partie inférieure; — fracture du péroné; — ouverture de l'articulation tibio-tarsienne chez un diabéto-albuminurique; — phlegmon bronzé; — sphacèle du pied; — amélioration notable, mais passagère; — mort, le seizième jour.

Ces deux faits démontrent :

1° Que le phlegmon bronzé indique souvent chez les blessés qui le

présentent, un état constitutionnel préexistant, altération du sang ou lésiond'un grand viscère;

2° Que ce symptôme entraîne le plus souvent un pronostic fatal.

L. L.

Étude d'ensemble sur les fractures spontanées, considérées surtout au point de vue pathogénique, pronostic et thérapeutique, par PATEY (*Thèse de Paris*, n° 317, 1878).

Après un aperçu historique sur les fractures spontanées, l'auteur aborde l'étude de ces fractures.

Au point de vue pathogénique et étiologique il les divise en :

Fractures spontanées inflammatoires.....		aiguës.
		chroniques.
—	par raréfaction.....	locale.
		générale.
—	par ostéomalacie.....	simple.
		d'origine nerveuse.

La première classe comprend les fractures spontanées par ostéite ou ostéomyélite ou ostéite juxta-épiphysaire aiguë; c'est dans ce processus aigu, que l'inflammation agit sur les os en déterminant la nécrose de la totalité d'un segment diaphysaire ou en séparant la diaphyse de l'épiphyse. L'inflammation chronique agit en amincissant à l'extrême le tissu compact autour d'un séquestre et la fracture se produit au moment d'une poussée aiguë.

Les inflammations diathésiques, scrofuleuses, tuberculeuses, syphilitiques agissent par raréfaction plutôt que par nécrose proprement dite.

Les affections générales, telles que cancer, syphilis, scrofule, rachitisme, ostéomalacie, scorbut, agissent en créant dans l'os une prédisposition locale portant à l'endroit même de la fracture, ou générale, portant sur tout le squelette.

La prédisposition locale est due à la présence de la tumeur cancéreuse ou à l'existence d'un processus *ostéitique* spécifique (scrofule, tubercule, scorbut).

Le rachitisme agit en raréfiant la diaphyse aux dépens des épiphyses, l'ostéomalacie en décalcifiant tous les points du squelette.

Les lésions nerveuses centrales ou périphériques déterminent dans les os des altérations différentes suivant leur nature irritative ou paralytique.

Les fractures spontanées sont rares dans les lésions nerveuses centrales paralytiques, qu'elles soient cérébrales ou médullaires. On ne pourrait guère citer que les fractures qui surviennent dans les cas d'ostéomalacie nerveuse des aliénés.

Quant aux lésions médullaires, ce sont les irritatives presque seules qui amènent une altération des os, capable de produire la fracture. C'est surtout dans l'ataxie locomotrice qu'on l'observe. La consolidation précoce de cette dernière et son cal exubérant sont fort remarquables.

L'auteur cite dans ce travail un cas de fracture spontanée survenue dans le cours de la variole et dépendant certainement de l'intoxication variolique.

Quant au pronostic, il y a deux points à mettre en lumière : la consolidition possible, pour la fracture, et le processus diathésique ou non qui l'a produite.

Les fractures cancéreuses ne se consolident pas. Les autres peuvent se consolider.

Le traitement dépend évidemment de la nature pathogénique et des conditions dans lesquelles la fracture se trouve. L. SCHWARTZ.

Note sur les ostéites apophysaires pendant la croissance, par LANNELONGUE (*Soc. de chir., p.* 162, *t. IV*).

Conclusions :

1° Du jour où le premier point d'ossification les a envahies, les apophyses osseuses sont exposées aux mêmes inflammations que le reste de l'os.

2° Les ostéites apophysaires subissent les influences générales qui frappent les autres parties du squelette ; mais elles ont en plus leur pathogénie propre ;

3° Au rhumatisme, à la scrofule ou à la tuberculose héréditaire, il convient d'ajouter les influences émanant de l'exercice d'une profession nouvelle, ou de la fatigue, qui mettent en jeu d'une façon inaccoutumée l'action des muscles dont l'insertion se fait sur une apophyse ;

4° Sous une forme légère, subaiguë, l'ostéite apophysaire n'a pour résultat qu'une augmentation de volume, une hyperostose désormais définitive, de l'apophyse atteinte. Quelques faits ayant avec le précédent beaucoup d'analogie, dont l'auteur donnera la relation un peu plus tard, autorisent à penser que certaines exostoses dites de croissance ont souvent la même origine que les hyperostoses précédentes ;

5° L'ostéite suppurative est la forme la plus commune des ostéites apophysaires ; ses conséquences sont celles des suppurations osseuses en général, mais elles sont moins dangereuses que les suppurations épiphysaires proprement dites ; l'inflammation qui gagne l'épiphyse après avoir débuté par l'apophyse a la même gravité que l'ostéite épiphysaire primitive. L. G. R.

Chronic abscess of bone, probably of eighteen years duration, occurring in stump after amputation of arm ; operation (Abcès intra-osseux chronique dans un moignon d'amputation), par Ch. PUZEY (*The Lancet, vol. II, p.* 121, 1878).

Homme de 37 ans. Amputation du bras (partie moyenne) pour traumatisme, 22 ans auparavant. Trois ans après l'opération, dont les suites immédiates n'avaient rien présenté de particulier, le malade éprouva des douleurs vives dans l'extrémité du moignon qui, au bout de quelques semaines, devint rouge et chaud. Un abcès se forma, il fut ouvert ; sa cicatrisation fut rapide et tout rentra dans l'ordre. Des poussées douloureuses, suivies de suppurations plus ou moins tardives, se renouvelèrent à peu près tous les ans, quoique à intervalles irréguliers cependant. Le malade vient à l'hôpital

pour une de ces crises douloureuses : douleurs atroces empêchant tout sommeil. Le moignon est un peu rouge, un peu chaud, mais ne présente en réalité rien d'anormal. Un point tendu et spécialement rénitent est incisé, mais il ne s'écoule que du sang; deux jours plus tard, nouvelle incision qui ouvre cette fois un foyer purulent; l'exploration avec le stylet conduit sur une partie osseuse dénudée mais non mobile; en poursuivant l'examen on reconnaît que la dénudation remonte à la face postérieure de l'os dans une étendue de plusieurs centimètres.

Opération. — Le moignon étant incisé et détaché de l'os, on résèque 4 centimètres d'humérus. La section ouvrit une cavité osseuse pleine d'un pus épais, rappelant l'apparence du miel. Une nouvelle section fut faite un peu plus haut. Réunion des lambeaux, tube à drainage. Guérison rapide.

Examen de la pièce. — La cavité intra-osseuse mesure environ 4 centimètres. Elle est tapissée par une membrane rosée, d'aspect velouté; elle es complétement fermée, aussi bien du côté du canal médullaire qu'à l'extrémité du moignon. L'os qui la limite est dense par places, spongieux et aréolaire dans d'autres; il existe un fin pertuis qui permettait au pus intra-osseux de s'écouler au dehors et de venir former une collection sous tégumentaire. Il n'existe aucun séquestre. V. CAMPENON.

Sulle lesioni della colonna cervicale da caduta dall'alto sulla testa (Des lésions de la colonne cervicale, produites par une chute d'un lieu élevé sur la tête), par G. MELCHIORY (*Annali universali di medicina e chirurgia, Milan*, 1878).

Les luxations et les fractures de la portion cervicale de la colonne vertébrale sont généralement produites par une chute sur la tête; mais quelles sont les conditions mécaniques de ce rapport de cause à effet? C'est ce que Melchiory cherche à établir dans ce long mémoire.

On y trouve 11 observations originales et un résumé des principaux cas qui ont été publiés avant lui. Ces lésions diffèrent suivant que la chute a lieu sur le vertex, sur la partie postérieure du crâne ou sur la région frontale. Dans le premier cas, le vertex devient point d'appui, et le choc fait fléchir la tête en avant; la colonne vertébrale suit ce mouvement, d'où entraînement des corps vertébraux et des disques en avant, et par conséquent compression réciproque de ces organes. Les vertèbres les plus comprimées se brisent au niveau des corps, et s'il y a déchirure des ligaments, il y a luxation *en arrière* de la vertèbre supérieure sur l'inférieure. Le plus souvent cette lésion a lieu au niveau de la 5e ou 6e vertèbre; plus rarement à la 4e plus rarement encore à la 3e ou à la 7e. Si au moment de la chute il y a un peu de rotation de la tête, il se produit en même temps des luxations et même des fractures des apophyses articulaires. Lorsque la chute a lieu sur la partie postérieure de la tête, le cou est préalablement fléchi, et au moment du choc il se produit une forte compression des corps en même temps qu'un éloignement des ligaments; ceux-ci déchirés, il s'ensuit une luxation *en avant* de la vertèbre supérieure sur l'inférieure, avec ou sans fracture, ce qui dépend essentiellement de l'ampleur de l'arc de flexion, qui est très-large dans les chutes sur l'occiput, et très-étroit dans les chocs du vertex.

Ces deux modalités de flexion de la colonne par cause indirecte sont très-nettes dans les observations de l'auteur. Lorsque la chute a lieu sur le front, la tête et le cou se fléchissent en arrière, et les lésions ont pour

siége les deux premières vertèbres, et les articulations de l'atlas avec l'occipital (luxations et fractures); s'il y a fracture de l'apophyse odontoïde, l'axis se luxe en avant sur l'atlas, mais si l'apophyse résiste, l'atlas se luxe en avant sur l'axis. MARCANO.

A case of dislocation of the sacrum (Observation de luxation du sacrum), par J. THORESBY JONES (*Brit. med. Journal*, 6 *juillet* 1878).

Un homme de 55 ans, fortement constitué, entrait le 17 janvier dernier au St-Bartholomew's hospital. Renversé par une locomotive, il était tombé devant elle et avait été pressé contre le sol par la roue, sans toutefois que la machine passât sur son corps. Il lui fut impossible de se relever, et on l'apporta à l'hôpital une heure après l'accident.

A son entrée, on constata immédiatement l'existence d'une fracture de l'humérus droit, ainsi que des contusions au niveau de la jambe et de la cuisse gauche et de la crête iliaque droite. L'examen du bassin fut absolument négatif et on se borna à appliquer un appareil au bras facturé. Deux heures plus tard, le blessé déclarait se trouver dans un état des plus satisfaisants et n'éprouver aucune douleur; il put même prendre du bouillon et du lait. Les urines s'écoulaient librement et ne renfermaient pas de sang. Ce n'est que quatre heures après son entrée que le malade commença à se plaindre d'élancements douloureux qu'il rapportait à la partie inférieure de l'abdomen. On prescrivit un cataplasme et une potion opiacée. Malgré cela, la douleur alla en augmentant, la peau devint froide et visqueuse, le pouls finit par être imperceptible et le blessé succomba sept heures après l'accident.

A l'autopsie, tous les viscères thoraciques et abdominaux furent trouvés complétement sains. Après avoir enlevé la masse de l'intestin grêle, on aperçut un épanchement sanguin occupant le cul-de-sac recto-vésical et le tissu cellulaire ambiant; la dissection révéla la déchirure de l'artère ilio-lombaire droite et de la veine iliaque externe gauche. Le rectum, la vessie et le tissu cellulaire voisin furent enlevés alors à leur tour, et l'on put constater immédiatement une saillie anormale du sacrum. Il fut bientôt facile de se convaincre qu'il y avait une luxation des deux articulations sacro-iliaques. Le ligament sacro-iliaque antérieur était presque complétement rompu, et le bord antérieur de la surface articulaire du sacrum dépassait en avant d'au moins un quart de pouce celle de l'os coxal. L'examen des ligaments postérieurs fut nécessairement incomplet, à cause de la déchirure du grand fessier et de l'extravasation sanguine. Le bassin ne présentait aucune trace de fracture.

Ainsi que le fait remarquer l'auteur, les faits du genre de celui que nous venons de rapporter sont d'une excessive rareté. Cooper, dans son dictionnaire de chirurgie, dit bien que le sacrum peut être déplacé en avant par une pression portant sur l'os iliaque, mais il ajoute que ce n'est là qu'une lésion peu importante, si on la compare à la fracture du bassin qui l'accompagne forcément. Dans le traité de chirurgie de Holmes, il est dit que, dans les luxations de ce genre, les rebords des surfaces articulaires sont généralement brisés. Or, rien de semblable n'existait chez le blessé de M. Thoresby Jones. Malgaigne a également figuré dans son atlas une luxation du sacrum, mais ici encore la luxation est compliquée de fracture du bassin. GASTON DECAISNE.

Luxation de la mâchoire inférieure chez une femme de 65 ans, par PÉRIER (*Soc. de chir., p. 222, t. IV*).

Dans ce fait, il n'y avait pas accrochement de l'apophyse coronoïde à l'os malaire, il n'y avait même pas contact entre ces deux parties.

Les ligaments articulaires sont allongés, mais ne présentent aucune trace de déchirure.

Il suffit de tenir la pièce en mains pour voir que la propulsion directe en arrière maintient le condyle appliqué au-devant de la racine transverse de l'arcade zygomatique, et que tout muscle rétracteur qui agira sans abaissement préalable sur le condyle ainsi déplacé, sera impuissant à la remettre en place.

Cette pièce est un exemple de luxation sous-méniscoïde sans rupture ligamenteuse; elle peut être considérée comme favorable à la fois à l'opinion de Boyer et aux idées émises par le Dr Mathieu. L. G. R.

Dislocation of the wrist; dissection of the part (Luxation du poignet, dissection de la pièce), par GOODAL (*The Lancet, vol. I, p.* 937, 1878).

Enfant de 12 ans, renversé par une voiture. Plaie du cuir chevelu, fracture du crâne. Le poignet présente une déformation remarquable : la main est déplacée en avant et un peu en dehors. A la face dorsale existe un relief très prononcé, formé par l'extrémité inférieure du cubitus et du radius; on sent très-distinctement la forme courbe de la face articulaire de cet os; son apophyse styloïde fait une saillie considérable. A la face palmaire existe, au niveau du poignet et sur sa partie médiane, un relief manifeste. Une légère traction fait disparaître la déformation, mais elle se reproduit dès qu'on lâche les parties. Pas de crépitation osseuse, pas de fracture appréciable, mais seulement une ecchymose avec écorchure à la face antérieure de l'avant-bras; on en conclut que la cause vulnérante a dû agir d'avant en arrière sur l'avant-bras, la main étant, sans doute, fixée. — L'enfant mourut de tétanos au 8e jour.

Examen de la pièce. — Les tissus, qui entourent l'articulation, sont infiltrés de sang. Le ligament latéral externe est complétement rompu. Le ligament antérieur est détaché de ses insertions au scaphoïde et au semi-lunaire; il présente un bord libre et flottant étendu de l'apophyse styloïde radiale au pisiforme. Les ligaments qui unissent le semi-lunaire au pisiforme sont rompus. Le scaphoïde et le semi-lunaire, entraînant avec eux la seconde rangée du carpe et toute la main, se sont portés en avant, passant par-dessous la corde ligamenteuse (débris du ligament antérieur) étendue de l'apophyse radiale au pisiforme. Le ligament antérieur se trouve ainsi interposé entre la surface articulaire radiale et les os semi-lunaire et scaphoïde; sa présence rendait fatalement toute réduction véritable impossible. Le pisiforme détaché du semi-lunaire est resté dans ses rapports normaux avec le ligament triangulaire et l'extrémité inférieure du cubitus. — Il n'existe aucune fracture soit des os du carpe, soit des os de l'avant-bras. V. CAMPENON.

Zwei Fälle von Schok in Folge Blitzschlags (Deux faits d'ébranlement général du système nerveux déterminé par des coups de foudre), par SERVAES (*Société générale des médecins de Cologne, 13 août 1877; Berlin. klin. Wochens., n° 15, p. 215, 15 avril 1878*).

Premier cas. — Fillette de 13 ans assise durant un orage, près d'une fenêtre entr'ouverte; la foudre tombe dans la rue à dix pieds de l'enfant qui ressent aussitôt une vive douleur dans l'épaule droite qui était tournée contre la fenêtre; elle essaie de s'enfuir, mais au bout de quelques pas, elle s'affaisse sur elle-même, toute pâle. Elle présente d'abord une paraplégie complète, de l'anurie, une sensation universelle de froid et d'engourdissement. A l'approche du soir, il y a atténuation de tous les symptômes. Le lendemain matin, la marche est encore incertaine, titubante, mais au bout de vingt-quatre nouvelles heures, la guérison est complète.

Deuxième cas. — Un maçon est foudroyé sur la nuque. Le trajet descendant du fluide est marqué tout le long du dos et de la jambe droite jusqu'au milieu du mollet, par une bande rouge large de 2 à 3 centimètres. Il y eut perte immédiate de la connaissance qui se prolongea pendant une demi-heure et s'accompagna d'une pâleur cadavéreuse des téguments; puis survint un réveil brusque avec agitation violente, douleurs insupportables dans la nuque et les épaules et phases intermittentes de convulsions toniques qui durèrent au début plusieurs minutes, puis se raccourcirent. Le retour de ces convulsions était provoqué par les tentatives de déglutition et par les plus légers attouchements de la nuque, des épaules et des bras. Dans les intervalles, le patient restait tranquille, les yeux fermés.

Les accidents rétrocédèrent lentement; à partir du 3e jour les convulsions devinrent rares, mais l'hyperesthésie ne disparut entièrement que le 10e jour.

Au bout de 3 semaines, le malade put être renvoyé guéri. J. B.

Diaphragmatic hernia after a stab (Hernie diaphragmatique à la suite d'un coup de poignard), par EGAN (*Medical Times and Gazette, vol, II, p. 410, 1878*).

Un homme de 43 ans reçut dans le côté gauche de la poitrine un coup de poignard. On l'examine trois heures après l'accident : plaie à 5 centimètres en dehors et 2 centimètres 1/2 au-dessous du mamelon; hémorrhagie abondante par la plaie, se reproduisant chaque fois que le patient remue ou qu'on cherche à le bouger; ni hémoptysie, ni hématémèse; collapsus prononcé; pouls à 148; respiration à 48; on ne peut examiner que la partie antérieure du thorax (le moindre mouvement provoquant un écoulement de sang) : le poumon droit est sain; à gauche il existe un peu de submatité sous-claviculaire tandis que toute la partie inférieure offre un son tympanique; on n'y perçoit pas le murmure respiratoire, mais, par moments, un léger gargouillement. Le diagnostic fut : pneumothorax.

Le malade succomba 23 heures après le traumatisme; il avait repris sa connaissance et ne se croyait nullement en péril de mort. Il n'avait pris aucun aliment solide, mais avalait librement et avait bu à diverses reprises sans rien présenter de particulier du côté de la déglutition.

Autopsie. — Poumon droit normal; cœur légèrement refoulé à droite; poumon gauche remonté sous la clavicule, sans aucune plaie ou déchirure. La cavité pleurale est remplie par la totalité de l'estomac et une partie du côlon transverse. L'instrument vulnérant a passé entre le poumon et les côtes, a

traversé le diaphragme et atteint la rate. La plaie diaphragmatique mesure environ 5 centimètres de longueur. L'hémorrhagie provenait de la blessure de la rate; il existe également un épanchement sanguin péritonéal abondant.

V. CAMPENON.

Strumous disease of the vas deferens simulating inguinal hernia; iliac abcess; acute caries of spine; pyæmia; Death (Altération caséeuse du canal déférent simulant une hernie inguinale; abcès de la fosse iliaque; carie aiguë de la colonne vertébrale; pyohémie; mort), par BRYANT (*Med. Times and Gazette, vol. I, p.* 701, 1878).

Antécédents. — Homme de 41 ans, sans passé morbide héréditaire ou personnel. Il y a six semaines, il eut un rhume assez fort, mais il en était rétabli et avait pu reprendre ses occupations, lorsque, le 22 avril, il ressentit une douleur vive dans l'aine gauche; il continuait cependant encore à travailler, mais la souffrance devint telle qu'il dut s'arrêter.

25 *avril.* — Etat général de faiblesse; perte de l'appétit; une selle la veille à la suite d'un purgatif. Douleurs spontanées dans l'aine, dans les reins, et par moment irradiations dans tout l'abdomen. — Une tumeur, longue de 6 centimètres environ, s'étend de l'anneau inguinal cutané jusqu'au milieu des bourses; elle n'est douloureuse à la pression que dans sa partie supérieure; la tension est très-grande, mais n'augmente pas pendant la toux. On diagnostique une épiplocèle étranglée. On sent nettement les deux testicules; toute la partie inférieure du scrotum est normale.

(L'état des testicules, des épididymes, des canaux déférents n'est pas indiqué.)

28 *avril.* — Les selles qui n'existaient pas depuis le 25 reparaissent. Etat local et général meilleur.

3 *mai.* — La douleur abdominale est plus accusée, l'appétit est perdu; le malade se plaint de la région dorso-lombaire.

10 *mai.* — Les selles continuent à être régulières, mais la tumeur est plus enflammée, plus volumineuse et moins ferme. On pense qu'il s'agit d'un abcès développé dans le sac; une incision de 2 centimètres donne issue à 50 grammes de pus épais et à un peu de tissu mortifié qu'on considère comme un débris épiploïque.

14 *et* 15 *mai.* — Le soulagement qui a suivi l'incision n'a pas persisté; le pus est de mauvaise nature, bien qu'il n'y ait pas stagnation comme le prouve un débridement.

17 *mai.* — Douleurs vives; langue sèche; ventre ballonné; écoulement fétide; pouls à 102.

18 *mai.* — Même état; diarrhée.

23 *mai.* — Symptômes locaux et généraux moins accusés. En pressant légèrement le ventre on fait sortir par la plaie environ 500 grammes d'un pus très-fétide.

24 *mai.* — Malade très-mal avec aspect typhoïde. La mort survient le lendemain 25.

Autopsie. — Le péritoine est sain, sauf la région iliaque gauche qui est épaissie. Il n'y a pas trace de hernie soit récente, soit ancienne. En disséquant le pli de l'aine, on reconnaît que la masse prise pour de l'épiploon n'est autre que le cordon spermatique enflammé et augmenté de volume.

Un fin canal, passant par-dessous l'arcade de Fallope, fait communiquer la poche scrotale avec un abcès sous-péritonéal de la fosse iliaque. Cet abcès se prolonge d'ailleurs en haut et en arrière, en passant à la face postérieure du rein, jusqu'au-dessous du diaphragme, près de la colonne vertébrale. Il existe une carie, de date récente, selon toute apparence, des onzième et douzième vertèbres dorsales. Le rein gauche renferme un grand nombre de kystes de nature caséeuse, mais ne communique pas avec la cavité de l'abcès. A droite il n'existe pas de lésion analogue. La vessie présente au voisinage du col une ulcération de la grandeur d'une pièce de un franc; sur ses bords on aperçoit, en quelques points, de la matière caséeuse. Deux ou trois petits abcès caséeux de la prostate. Le testicule et le canal déférent sont sains à gauche, tandis que les mêmes parties sont à droite le siége d'une caséification évidente et avancée.

La tumeur inguinale et l'abcès iliaque siégeaient à gauche.

Quelques petits abcès métastatiques dans le foie. V. CAMPENON.

Du mécanisme des orchites à répétition, et des orchites inflammatoires en général, par A. DESPRÈS (*Bull. de l'Ac. de méd., 2e série, tome VII, n° 42*).

On admet généralement que l'orchite blennorrhagique est due à la propagation d'une inflammation de l'urèthre aux canaux éjaculateurs et déférents, puis à l'épididyme. Sans vouloir renverser cette théorie, qui a pour elle tant d'autorités médicales incontestables, M. Desprès remarque que l'on peut établir deux variétés d'orchites inflammatoires : 1° celles qui ont lieu pendant le cours d'une blennorrhagie; 2° celles qui suivent les plaies et les opérations qui intéressent la portion prostatique de l'urèthre. Dans le premier cas, l'inflammation testiculaire n'apparaît qu'à une époque assez éloignée du début de la blennorrhagie (deux à trois semaines); dans le second, elle peut se montrer dès le lendemain de l'opération. Comment se fait-il que dans un cas la propagation, s'il y en a une, soit si rapide, tandis qu'elle est si lente dans l'autre? On sait aussi que les malades atteints de rétrécissements de l'urèthre ont très-rarement des orchites; par contre, on a vu des orchites après des ablations et des cautérisations d'hémorrhoïdes. Il est difficile pourtant ici d'admettre une propagation.

En présence de la difficulté qu'il y a d'invoquer une théorie unique, M. Desprès a cherché une autre explication des faits. Selon lui, les orchites inflammatoires à répétition et les orchites inflammatoires en général sont dues à la rétention du sperme dans le testicule. La cause de cette rétention n'existe pas toujours au même point : elle réside probament dans le gonflement des muqueuses du conduit éjaculateur et du canal déférent et même dans le gonflement périphérique de la prostate. D'après ces idées, les orchites, qui suppurent si rarement, ne seraient pas de véritables inflammations, mais bien des engorgements spermatiques analogues aux engorgements laiteux.

Plus le testicule est actif, exercé, plus l'orchite doit se développer à une époque voisine du début de l'uréthrite. Quant aux orchites dues à une blessure ou une irritation de l'urèthre, elles peuvent s'expliquer par une tuméfaction des parties blessées, et, en particulier, une tuméfaction au niveau des conduits éjaculateurs et des vésicules séminales. Cette

tuméfaction arrête rapidement l'écoulement du sperme dans son réservoir.

GASTON DECAISNE.

Luxation des Pénis, par BUSCH (*Société bas-rhénane des sciences naturelles et médicales de Bonn*, 21 *janvier* 1878; *Berlin. klin. Wochens.*, *n*° 14, *p.* 199, 8 *avril* 1878).

Le professeur de Bonn, dans la séance du 23 février 1875 (*R. S. M.*, VII, 271) avait émis une opinion sur le mécanisme de la luxation du pénis, qu'il se voit obligé de modifier, maintenant qu'il a eu l'occasion d'observer un exemple de ce singulier traumatisme.

Un petit garçon fut renversé par un cheval dont les pieds foulèrent ses parties génitales. L'extravasation sanguine était peu considérable, mais le fourreau de la verge était vide; le pénis se trouvait dans la loge droite du scrotum à côté du testicule un peu tuméfié.

Heureusement les fers du cheval avaient percé de part en part les téguments des bourses en face de l'endroit où se trouvait l'extrémité de la verge, de sorte que l'enfant urinait par cet orifice.

Pour opérer la réduction, Busch fendit sur toute sa longueur la face dorsale du fourreau. Il put reconnaître ainsi, contrairement à son attente, que l'insertion du feuillet externe du prépuce au feuillet interne était parfaitement intacte, mais qu'en revanche, le feuillet interne était complétement arraché de son insertion en arrière de la couronne du gland. La rupture ne s'était pas produite sur toute la circonférence; le point d'attache était encore conservé sur une petite portion du côté gauche.

La réduction fut facilement faite à l'aide du doigt recourbé en crochet et après la guérison, le membre viril avait le même aspect que si on l'eût opéré d'un phimosis par une incision un peu trop prolongée en arrière sur le dos de la verge.

J. B.

Contribution à l'histoire des tumeurs sarcomateuses de la main, par GROSS (*Soc. de chir.*, *p.* 281, *t. IV*).

Les tumeurs solides de la paume de la main sont rares; on trouve cependant des observations de lipomes, d'enchondromes, mais très-exceptionnellement de sarcomes et surtout de sarcomes à myéloplaxes, sarcomes myéloïdes de Ranvier, sarcomes giganto-cellulaires de Virchow.

D'après les dernières recherches, il semblait que ce genre de sarcome devait se développer près des os; l'observation de Gross prouve qu'il peut se développer dans le tissu cellulaire sous-cutané; à ce titre, elle est exceptionnelle.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-sept ans, portant une tumeur au niveau de la racine de l'indicateur gauche; cette tumeur était formée de deux parties : une sous-cutanée, au-dessous de l'articulation métacarpo-phalangienne; la seconde, située plus profondément, est recouverte par l'aponévrose.

Hésitant entre un lipome et un sarcome, Gross fit une ponction exploratrice, qui lui fit ramener quelques parcelles de la tumeur et lui permit de diagnostiquer un sarcome.

L'opération fut très-simple, l'aponévrose fut incisée et la tumeur énucléée facilement. Les suites de l'opération furent d'abord simples aussi; mais le quatrième jour on vit apparaître un bourgeonnement insolite : craignant une récidive, le chirurgien fit une ligature qui entraîna la chute des bourgeons; mais, peu de jours après, nouvelle poussée de bourgeons, qui fut détruite par l'application de pâte de Canquoin. Trois fois la repullulation se produisit, et trois fois on eut recours à la pâte de Canquoin, dont l'effet fut décisif. Un an et demi après l'opération, la guérison était complète.

L. G. R.

Névralgie de la mamelle (mamelle irritable) chez l'homme, par E. KIRMISSON (*France médicale*, 7 *août* 1878).

On sait que l'affection décrite sous le nom de névralgie mammaire semble appartenir en propre au sexe féminin. Ce sont surtout les femmes irritables et nerveuses qui en sont affectées. A. Cooper n'en cite aucun exemple chez l'homme. Velpeau dit l'avoir observée chez un jeune homme de 17 ans; Nélaton chez un de 23.

Dans l'observation de M. Kirmisson, il s'agit non plus d'un adolescent, mais d'un adulte de 54 ans, qui se plaignait d'une violente douleur au niveau du mamelon droit. Dans ses antécédents, on retrouvait surtout des traces de rhumatisme (migraines, arthrite, irido-cyclite, déterminations du côté de l'intestin et du foie). Ce n'est que depuis quinze jours avant son entrée à l'hôpital qu'il avait commencé à souffrir du mamelon. A l'examen de la région malade, on était frappé tout d'abord par la tuméfaction et le gonflement qui existaient autour de l'aréole, avec accompagnement d'un peu de rougeur de la peau. En prenant entre les doigts la glande mammaire, on voyait qu'elle était gonflée dans toute son étendue, et on déterminait une violente douleur. Mais, lorsque la pression était exercée d'avant en arrière, de manière à appliquer la glande sur le plan des côtes, on reconnaissait que celle-ci n'était le siége d'aucune tumeur distincte. Point de trace d'œdème, aucune menace de suppuration. Il existait au niveau de l'apophyse épineuse de la quatrième vertèbre dorsale, un point très-douloureux, et un autre dans l'aisselle, sur le trajet du nerf intercostal correspondant. Du même côté existait un retentissement douloureux sur tous les nerfs intercostaux.

Le traitement consista en injections hypodermiques de morphine, qui furent répétées chaque jour. Bientôt les douleurs s'apaisèrent et, au bout de deux semaines, le malade quittait l'hôpital.

En résumé, chez le malade de M. Kirmisson, la névralgie a été le fait principal, qu'il a suffi de combattre, pour faire disparaître en même temps la fluxion glandulaire. Mais on conçoit que, dans des cas invétérés, cette fluxion congestive puisse amener dans la glande des modifications qui entretiennent la névralgie. Après avoir été l'effet de cette dernière, la fluxion peut ainsi en devenir la cause permanente et opiniâtre. C'est ce qui explique comment, dans les cas de ce genre, l'opération est parfois nécessaire et constitue le seul moyen de délivrer les malades des douleurs les plus insupportables.

GASTON DECAISNE.

Axillary abscess perforating the thoracic wall; recovery (Abcès axillaire ouvert dans le poumon; guérison), par CATON (*Med. Times and Gazette, vol. II, p.* 412, 1878).

Annie L..., âgée de 8 ans, entrait à Liverpool children's infirmary.

Antécédents. — Il y a une quinzaine apparut dans l'aisselle une tumeur douloureuse qui augmenta peu à peu de volume. On reconnut l'existence d'un abcès ; on appliqua des cataplasmes, mais la tumeur ne manifesta aucune tendance à s'ouvrir à l'extérieur. L'enfant est d'ailleurs bien portante, ne tousse pas et n'offre aucun signe d'affection thoracique. Trois jours avant son entrée la petite malade commença à se plaindre d'une légère douleur de côté lorsqu'elle faisait une grande inspiration. Deux jours se passent ainsi, puis tout à coup survient un violent accès de dyspnée, suivi d'une toux non moins violente et du rejet abondant d'un liquide jaunâtre spumeux.

Etat à l'entrée. — Tumeur fluctuante, du volume d'une petite orange, dans le creux axillaire gauche. Par la vue comme par le palper on constate qu'elle se dilate pendant les fortes expirations et s'affaisse dans les grandes inspirations; la toux provoque des secousses très-appréciables. L'auscultation fait percevoir à ce niveau de gros râles de gargouillement. Le poumon gauche dans toute sa hauteur, mais plus particulièrement dans le haut, est plein de râles humides. Nulle part on n'entend de frottement. La toux se montre par accès ; expectoration abondante d'un pus mêlé d'air.

Traitement. — Par une pression douce mais soutenue, on vida l'abcès, forcant le pus et l'air à fuir vers le poumon (Cette réduction donna lieu à de la dyspnée et à une toux violente, mais bientôt ces accidents cessèrent). Une pelotte, maintenue par un bandage, fut appliquée et laissée en place pendant deux jours. Au bout de ce temps on constate en changeant l'appareil que l'air n'entre plus dans la poche axillaire qu'en faible quantité; l'expectoration a d'ailleurs sensiblement diminué. La compression fut rétablie, et quatre jours après il ne restait plus trace de la tumeur axillaire; la guérison était parfaite.

Remarques. — La marche des faits est facile à suivre : tendance de l'abcès vers la cavité pleurale, pleurésie adhésive, ouverture de la cavité purulente dans le poumon. V. CAMPENON.

OPHTHALMOLOGIE.

Ueber graphische Darstellung der Netzhautfunction (Sur la représentation graphique de la fonction de la rétine), par HIRSCHBERG (*Archiv f. Anat. u. Phys., p.* 324-331, 1878).

Le champ visuel peut se comparer à un tableau dont le centre est peint avec une grande précision de formes et de couleurs; mais, à me-

sure qu'on s'éloigne du point central, les formes deviennent plus confuses, en même temps les couleurs disparaissent plus rapidement encore. Hirschberg a essayé (après Dor, Gaine et quelques autres) de mesurer la rapidité avec laquelle décroissait l'acuité visuelle, à partir du centre visuel de la rétine. Les expériences ont été faites avec l'œil gauche de son assistant, Dr Dufahl.

En prenant comme axe le rayon visuel, et comme point de départ angulaire l'objet fixé, on voit que la limite du champ visuel est :

En dehors, de 90° ;
En dedans, de 60° ;
En haut, de 50° ;
En bas, de 70°.

D'une manière générale, et par l'effet d'une simple coïncidence, les numéros de Snellen répondent d'abord à l'angle maximum sous lequel on peut les voir (à 1 pied 30 centimètres de distance), ainsi le numéro I de S..., répond à 1°; le n° II, à 2°, etc.; le n° XX, à 20°; mais à l'angle 30 répond le n° LX, et à l'angle 40, répond le n° CC.

Quant à la vision des couleurs, dans les diverses régions de la rétine, sujet étudié par beaucoup d'auteurs éminents, Hirschberg a constaté que pour chaque couleur l'angle maximum suffisant était plus grand en dehors, qu'en dedans, ou en haut. La couleur qu'on perçoit le moins bien est le violet. La couleur qu'on perçoit le mieux à la périphérie du champ visuel est le bleu. CHARLES RICHET.

Ueber die Bedeutung der Convergenzstellung der Augen für die Beurtheiligung des Abstandes binoculär gesehener Objecte (Du rôle de la convergence pour l'estimation de la distance), par HELMHOLTZ (*Archiv f. Anat. u. Phys.*, *p.* 322-324, 1878).

L'appréciation de la distance d'un objet dépend de plusieurs causes, en particulier du degré de la convergence oculaire. Il est certain que l'on a conscience de l'effort qu'on fait pour faire converger les yeux, et que cette conscience de l'effort est un des éléments qui nous fait juger de la distance d'un objet.

Helmholtz fait à ce sujet une expérience des plus intéressantes. Si nous regardons une image placée devant nous, nous la voyons à sa distance réelle, mais si nous regardons un objet placé plus loin, de manière à voir encore l'image première, cette image nous apparaîtra à une autre distance que sa distance réelle, parce que, tout en la voyant assez distinctement, nos yeux n'ont pas la convergence adaptée à la distance réelle de cette image, mais à la distance de l'objet placé derrière et que nous regardons.

Si alors, en fixant l'objet placé derrière, nous inclinons la tête alternativement à droite et à gauche, par suite de l'association d'idées entre le mouvement voulu de la tête et le mouvement apparent de l'objet, l'objet nous paraît rester en repos. Il en est autrement pour l'image que nous ne fixons pas, mais que nous voyons en regardant l'objet placé derrière.

En effet, on distingue très-nettement un mouvement de l'image qui à

chaque mouvement de la tête soit de droite à gauche, soit de haut en bas, semble se déplacer, tandis que l'objet fixé nous paraît immobile.

Le phénomène est identique quand au lieu de fixer un objet plus éloigné, on fixe un objet plus proche. CH. R.

Pathologie de l'augmentation de la tension intra-oculaire, par W. R. BRAILEY (*Ophthalmic hospital Reports, vol. IX, part. II*, 1877, *et Compte rendu analytique par* **DRANSART**, *in Annales d'oculistique, juillet et août* 1878, *p.* 56).

L'auteur anglais appuie ses recherches sur l'examen anatomique de 53 yeux,c hez lesquels on constata, pendant la vie, un excès plus ou moins considérable de tension intra-oculaire.

Il passe successivement en revue les lésions de la papille, de l'iris, de la région ciliaire, enfin du système vasculaire de l'œil.

Pour lui, les altérations les plus importantes qui surviennent dans le glaucome siègent dans le corps ciliaire et sont caractérisées par l'atrophie du muscle ciliaire. Cette atrophie serait en relation étroite avec l'augmentation de la tension intra-oculaire, et la précéderait le plus souvent.

A propos des altérations du canal de Schlemm souvent obturé par apposition de ses parois, l'auteur pense qu'il s'agit là d'un fait consécutif à l'augmentation de pression, et non d'un fait primitif comme le croit Max Knies et après lui de Wecker. F. T.

Untersuchungen ueber die Diathermansie der Augenmedien (Recherches sur le pouvoir absorbant des milieux de l'œil), par F. KLUG (*Archiv f. Anat. u Phys.*, *p.* 2, 1878).

Cette étude est précédée d'une introduction bibliographique assez complète. Brewster, Franz, Janssen, mais surtout Brücke et Tyndall ont étudié le passage des rayons calorifiques à travers les milieux de l'œil. Tyndall en plaçant son œil à un foyer calorifique obscur, a éprouvé une sensation de chaleur presque intolérable, mais il attribua ce sentiment douloureux plus à l'action sur la paupière qu'à l'action sur la rétine. Il admet que la cinquième partie des rayons obscurs émis par la lumière électrique arrive à la rétine.

Klug s'est servi d'une pile thermo-électrique reliée à un galvanomètre très-sensible pour apprécier la quantité de chaleur qui peut traverser les milieux de l'œil. Les yeux dont il faisait usage étaient des yeux de veau. Quant aux sources lumineuses ou calorifiques, elles étaient variées, la lumière électrique, solaire, d'une lampe d'Argand, etc.

Si on représente par 100 la quantité de chaleur émise par la flamme du gaz, et tombant sur l'œil, la totalité de l'œil en laisse passer 7 en moyenne : le cristallin 7, la cornée 20, le corps vitré 7,5. Par conséquent c'est le cristallin qui dans l'œil possède le maximum du pouvoir absorbant de la chaleur ; le corps vitré a un pouvoir absorbant un peu plus considérable que celui de l'eau (7,5 au lieu de 9 sur 100 rayons lumineux).

Avec la lumière solaire les résultats sont un peu différents, soit 100 la

quantité de chaleur incidente, la totalité de l'œil en laisse passer 18,1, le cristallin 18,3, la cornée 50, le corps vitré 33.

Si on compare ces chiffres avec ceux qu'a donnés Tyndall, on voit que les rayons obscurs et chauds sont absorbés par le corps vitré dans la proportion de 2/3 pour la lumière solaire, de 4/5 pour la lumière électrique, de 12/13 pour la lampe à gaz. Par conséquent le corps vitré laisse passer d'autant plus de rayons obscurs que la source de chaleur est plus intense, et que les rayons se trouvent plus près du rouge spectral.

CHARLES RICHET.

Ueber atypische Augenbewegungen (Sur les mouvements oculaires atypiques), par RAEHLMANN et WITKOWSKI (*Archiv, f. Anat. u. Phys.*, *p.* 454-471, 1877).

On peut chez un enfant, et même un adulte, profondément endormi soulever légèrement la paupière sans faire cesser le sommeil, et observer alors les mouvements des yeux. On voit alors divers phénomènes intéressants.

La paupière soulevée tend à s'abaisser. Cet abaissement ne survient pas brusquement, mais lentement; et cette lenteur est presque le signe caractéristique du sommeil; car chez un individu éveillé, les mouvements de la paupière sont brusques.

Les yeux ne restent pas immobiles : ils exécutent des mouvements en divers sens, et ce qui distingue ces mouvements c'est qu'ils ne sont pas associés ; chaque globe oculaire semble agir pour son compte propre. Ces mouvements ont lieu même lorsque la paupière est fermée. Ce n'est donc pas la conséquence d'une excitation lumineuse. On peut les observer chez beaucoup d'enfants qui dorment la paupière demi-close.

Le caractère particulier de ces mouvements est leur extrême lenteur.

Pendant les dix jours qui suivent la naissance (les auteurs n'ont pas continué leurs recherches au delà de cet âge), les enfants ne peuvent fixer un objet lumineux et suivre les mouvements qu'on lui donne. Leurs yeux se portent souvent à droite ou à gauche, mais quelquefois les mouvements oculaires ne sont pas assurés, quoique ces mouvements atypiques latéraux soient l'exception.

En tout cas, il n'y a pas, comme chez l'adulte, synergie complète entre l'élévation de la cornée et l'élévation de la paupière. L'œil se porte en haut, pendant que la paupière est demi-close.

R... et W..., ont aussi étudié les mouvements de l'œil chez quelques individus complétement aveugles depuis plusieurs années (de 5 à 8 ans). Les mouvements sont associés, mais présentent quelques particularités notables. Il y a divergence à l'état de repos, mais la convergence revient à chaque mouvement. Quand on dit à un aveugle de regarder de côté, il fait un effort (souvent insuffisant) pour porter ses yeux du côté qu'on indique. Mais il ne peut les maintenir dans cette position, et, sans qu'il s'en rende compte, ses yeux reviennent très-lentement à la position première. En leur faisant exécuter les mouvements de convergence très-accentués (fixation du nez, par exemple), la pupille se dilate beaucoup.

Pendant l'ivresse, pendant le sommeil chloroformique, les accés d'épi-

lepsie, on observe aussi des mouvements désordonnés et atypiques des globes oculaires (Mercier et Warner, *Brit. med. Journal*, 1877).

Rachlmann et Witkowski pensent que ces mouvements dépendent de l'influence du système nerveux central, et en particulier de la circulation cérébrale. Ils montrent qu'ils ne peuvent pas s'expliquer si on admet la théorie dite *nativistique* de Hering. Au contraire, il est probable que pour les mouvements coordonnés et associés des deux yeux, il faut la vision d'un objet. La volonté et la perception sont nécessaires pour diriger la vision binoculaire. CHARLES RICHET.

L'astigmatisme considéré dans ses rapports avec la céphalalgie et certaines conditions morbides de l'œil, par BRAILEY (*Guy's hosp. Rep., v. XXIII, p.* 1-13, 1878).

L'auteur rapporte brièvement 14 observations, et les fait suivre des conclusions suivantes :

L'astigmatisme, généralement congénital, reste d'ordinaire stationnaire et ne produit aucun désordre, mais dans certains cas, surtout dans ceux où l'œil est surmené, il occasionne un état comparable à la myopie progressive, altère la réfraction dans le sens de l'astigmatisme hypermétropique à l'astigmatisme myopique probablement par une tendance au développement plus ou moins complet d'un staphylome postérieur. De même l'astigmatisme rencontré chez les myopes et chez ceux dont les yeux sont emmétropes dans un méridien, conduit aussi vers la myopie progressive.

L'astigmatisme est aussi fréquemment associé aux différentes formes des maladies des yeux. CH. P.

Ueber die Refractionsveränderung welche bei Accomodations-lähmung beobachtet wird (Sur les changements de la réfraction qui surviennent dans la paralysie de l'accommodation), par Leopold WEISS (*Archiv für Ophthalmologie, tome XXIV, 2e partie, p.* 190).

Donders, Jacobson, etc., ont fait remarquer que parfois dans la paralysie de l'accommodation consécutive à la diphthérie, la puissance réfringente de l'œil se modifie, et devient inférieure à ce qu'elle était auparavant, et à ce qu'elle sera plus tard après la guérison. Le même fait s'observe quelquefois quand l'accommodation est paralysée artificiellement par l'atropine et chez des sujets en apparence emmétropes ; l'instillation de quelques gouttes de cet alcaloïde peut faire apparaître de l'hypermétropie, puis l'influence de ce médicament cessant de se faire sentir, la réfraction redevient normale. On conclut en pareil cas à de l'hypermétropie latente démasquée par l'atropine. Weiss ayant constaté que ces modifications de réfraction se produisaient chez des individus n'ayant jamais formulé aucune plainte au sujet de leur vision et dont la réfraction examinée avec soin subjectivement et *objectivement* au moyen de l'ophthalmoscope était jugée normale, Weiss, dis-je, se demande si chez ces personnes la véritable réfraction n'est pas celle qui est constatée quand l'œil se trouve dans ses conditions naturelles

et si les changements observés sous l'influence de l'atropine ne sont pas le fait d'une action spéciale encore inconnue produite par cette substance. Il pose cette question sans la résoudre, espérant provoquer ainsi des recherches nouvelles qui, entreprises à ce nouveau point de vue, permettront de découvrir la vérité sur ce sujet délicat.

CH. ABADIE.

Cases of miners nystagmus (Du nystagmus des mineurs), par Bell TAYLOR (*The Lancet, vol. I, p.* 644, 1878).

L'auteur fait suivre cinq observations assez courtes des remarques suivantes : le nystagmus avec diminution de la vision est plus commun qu'on ne le pense chez les mineurs. Il est l'analogue de la crampe des écrivains, de la crampe des pianistes ; comme celles-ci, il reconnaît pour cause une fatigue des muscles qui ne se contractent plus régulièrement. Il faut en effet de grands efforts d'accommodation pour arriver à distinguer au milieu d'une demi-obscurité. Les oscillations oculaires sont horizontales, verticales ou rotatoires, suivant les muscles atteints. La diplopie se montre par moment quand les mouvements des yeux sont asynergiques, elle cesse dès que l'œil est au repos. Le fond de l'œil est sain. — L'affection peut durer de quelques mois à quelques années Le traitement consiste dans le changement de profession, l'hygiène générale et un traitement tonique. (Voy. *R. S. M.*, XI, 261.) V. CAMPENON.

Pathogénie et prophylaxie de la myopie, par TITECA (*Mémoires de l'Académie royale de Belgique, t. IV*, 5e *fascicule, Bruxelles*, 1878).

Dans un court avant-propos, l'auteur insiste sur ce fait que la prophylaxie de la myopie n'a que peu attiré l'attention des ophthalmologistes, aussi a-t-il cru devoir chercher à résoudre ce grand problème en tenant compte des nombreux travaux publiés et en discutant les opinions diverses formulées à propos de la pathogénie de la myopie.

La myopie, le plus souvent acquise, est due aux efforts de convergence et d'accommodation; c'est là une opinion généralement adoptée, que l'auteur développe et interprète à sa façon.

En effet, il fait jouer un certain rôle aux muscles extrinsèques de l'œil dans l'accommodation, ce sont donc ces muscles qui pour lui prendraient la plus grande part dans le développement de la myopie. Ces muscles augmentent la pression intra-oculaire surtout vers le pôle postérieur de l'œil, l'élasticité des membranes qui entourent l'humeur vitrée se perd et cette perte d'élasticité constituerait la myopie (?).

L'auteur fait remarquer que le mécanisme qu'il invoque n'entraîne pas le staphylome postérieur et que si cette lésion est fréquente dans la myopie, il n'en résulte pas qu'elle soit fatale.

Parmi les causes prédisposantes de la myopie, l'auteur étudie successivement : l'anomalie de siége du nerf optique et de la macula, l'écartement des orbites, enfin certaines conformations des orbites et des globes oculaires, sur lesquelles il n'insiste que fort peu d'ailleurs.

Quant aux causes efficientes, subdivisées un peu trop arbitrairement

en fonctionnelles, vitales, pathologiques et extérieures, elles sont très-discutables, et se résument en une convergence exagérée et de grands efforts d'accommodation.

L'auteur aborde ensuite l'examen critique des principales théories relatives à l'origine et au développement de la myopie et les compare à la sienne, basée principalement sur l'action exercée par les muscles extrinsèques sur le globe oculaire dans les efforts de convergence.

De là, Titeca déduit assez logiquement un mode de traitement nouveau que d'ailleurs il n'a pas expérimenté, et qui est destiné à empêcher la trop grande convergence. Ce traitement consiste à placer en avant des yeux prédisposés des verres prismatiques plans à base interne, de façon à éloigner la *punctum proximum*. F. TERRIER.

De la polyopie monoculaire dans l'hystérie et les affections du système nerveux, par H. PARINAUD (*Annales d'oculistique, p.* 218, 5e *et* 6e *livr.*, 1878).

L'auteur étudie d'une façon toute spéciale les caractères de la polyopie monoculaire chez les hystériques ; les images sont en effet doubles, triples et même, dit-il, plus nombreuses, d'où le nom de polyopie que l'auteur adopte de préférence à l'expression de diplopie. Or, dans l'hystérie, la polyopie est toujours liée à un spasme de l'accommodation et elle n'apparaît que lorsque l'objet est placé au delà du point pour lequel l'œil est adopté. Aussi, les verres concaves ou convexes, selon les cas et l'état de réfraction de l'œil, font-ils disparaître la polyopie ; notons encore qu'elle s'accompagne souvent de contractions de l'orbiculaire et des muscles du globe. A l'appui des caractères qu'il vient d'énoncer, l'auteur relate 3 observations très-curieuses, prises dans les services hospitaliers de MM. Charcot et Ollivier.

Quelle est la signification de la polyopie monoculaire dans l'amblyopie hystérique ? Telle est la question que H. Parinaud s'efforce de résoudre; pour lui, la polyopie ne résulte pas d'un trouble sensoriel, mais bien d'un trouble de la réfraction, trouble produit lui-même par le spasme de l'accommodation et par la division normale en segments du cristallin, comme l'admet Giraud-Teulon. Sous l'influence de ce spasme, la division du cristallin en segments tend à s'accuser, et les images produites par ces divers segments sont plus écartées et par conséquent plus visibles. A l'appui de sa manière de voir, l'auteur relate une expérience, qui consiste à coller sur une lentille de 20 dioptries, un morceau de papier percé de deux ou plusieurs trous ; quand l'écran placé derrière la lentille est au foyer conjugué d'une bougie placée devant elle, il n'y a qu'une image; il y en a plusieurs si l'écran ou la bougie se rapprochent ou s'éloignent de la lentille.

Nous avouons que cette expérience ne nous paraît pas absolument démonstrative.

Enfin, H. Parinaud termine son travail par l'examen de cette question: La diplopie monoculaire que l'on observe dans les affections nerveuses est-elle toujours liée, comme dans l'hystérie, au spasme de l'accommodation, et reconnaît-elle pour cause un trouble de la réfraction ? Analysant une très-intéressante observation prise dans le service de M. Ollivier,

l'auteur est disposé à regarder comme nécessaire le spasme de l'accommodation ; toutefois un trouble de réfraction concomitant et plus particulièrement l'astigmatisme, facilite encore l'apparition de la polyopie monoculaire. F. TERRIER.

Nouvelle forme d'héméralopie dite héméralopie congénitale, par VIEUSSIE (*Gaz. hebd.*, 18 *octobre* 1878).

Après avoir rappelé les principales causes d'héméralopie généralement admises par les auteurs (troubles de la circulation rétinienne, action prolongée d'une lumière trop vive, manque de nourriture ou alimentation insuffisante), l'auteur rapporte l'observation d'un cas d'*héméralopie intermittente* dans lequel ces diverses influences étiologiques ne peuvent être invoquées.

Il s'agit d'un homme de 40 ans qui, depuis sa naissance, cessait de distinguer les objets pendant deux ou trois heures, dès que le jour tombait. Lorsque, par suite de ses occupations, le malade restait dans sa maison à l'abri de toute lumière, ou bien quand la journée était sombre, l'héméralopie ne se produisait pas le soir, ou ne durait que quelques instants.

L'examen ophthalmoscopique répété à plusieurs reprises, aussi bien le jour que la nuit, a toujours donné des résultats négatifs. La percepception des couleurs était normale ; enfin la circulation de la rétine ne présentait aucune altération.

La sœur du malade offrait les mêmes particularités, tandis qu'un second frère jouissait d'une vue absolument normale.

A l'occasion de ce cas intéressant d'*héméralopie temporaire congénitale*, M. Vieusse étudie le mécanisme de l'héméralopie en général, et émet l'opinion que cette affection est due aux modifications que subit la *substance rouge* sécrétée par la rétine. Boll a démontré, en effet, dans ces derniers temps (1877), que la rétine n'était ni blanche, ni transparente comme on le croyait avant lui, mais qu'elle a normalement une coloration rouge ; si elle paraît pâle et transparente, c'est qu'elle est décolorée par la lumière solaire. D'après Charpentier, cette teinte rouge, due à la production d'une substance particulière, peut varier suivant l'intensité des rayons lumineux et surtout selon l'état de la circulation rétinienne. M. Vieusse insiste tout particulièrement sur ce dernier point et pense qu'une altération dans la composition chimique ou anatomique du sang peut être la cause de certaines formes d'héméralopie non encore décrites.

Pour le cas actuel, il croit qu'on peut invoquer, comme cause de cette espèce d'héméralopie à laquelle il donne le nom d'*héméralopie temporaire congénitale*, l'action d'une lumière trop vive sur une rétine dont les éléments ont été primitivement altérés dans leurs fonctions.

Il propose, en terminant, de diviser les différentes formes d'héméralopie en 4 classes :

1° L'héméralopie, par suite de lésions organiques de la rétine et du nerf optique, comme dans les cas de rétinite pigmentaire ;

2° L'héméralopie à forme épidémique qui survient chez les personnes

qui ont été longtemps soumises à une mauvaise alimentation ou qui ont subi l'influence fâcheuse d'une lumière trop vive ou trop prolongée;

3° L'héméralopie *temporaire congénitale* qui se produit par suite d'une prédisposition qu'ont alors les éléments de la rétine à perdre temporairement une de leurs fonctions ;

4° L'héméralopie *permanente congénitale* qui est la conséquence de la perte continuelle de cette même fonction. ARMAND B. PAULIER.

Beiträge zu den angeborenen Fehlern des Auges (Contributions à l'étude des malformations congénitales de l'œil), par HAAB (*Archiv für Ophthalmologie, tome XXIV, 2e partie, p.* 257).

Il existe déjà dans la littérature ophthalmologique deux observations de coloboma de la choroïde appartenant à Arlt et Manz, dans lesquelles la dissection révéla l'existence de la rétine au niveau de la malformation. Le Dr Haab publie aujourd'hui un nouveau fait du même genre; l'examen microscopique pratiqué avec le plus grand soin montra que la rétine était en place dans toute l'étendue du coloboma.

Il s'agit d'un enfant nouveau-né qui succomba en venant au monde e qui présentait plusieurs malformations congénitales, entre autres une imperforation anale et un double coloboma de la choroïde. Les yeux furent énucléés et durcis dans le liquide de Müller de façon à permettre de pratiquer des coupes microscopiques. Avec un faible grossissement il était facile de voir que la rétine, plus épaisse en certains endroits que dans d'autres, recouvrait toute l'étendue du coloboma. Tous les éléments qui entrent dans la texture normale de cette membrane, cônes et bâtonnets, grains, fibres nerveuses provenant de l'épanouissement du nerf optique étaient parfaitement reconnaissables, seulement ces éléments, au lieu d'être distribués en couches régulières et uniformes, formaient en certains points un enchevêtrement, un fouillis inextricable, les cônes et les bâtonnets occupaient pourtant de préférence la couche la plus externe. En avant, vers la région ciliaire, la rétine augmentait d'épaisseur et semblait se dédoubler en deux lamelles, l'une profonde ou externe, l'autre plus superficielle ou interne, la première renfermait quelques éléments propres de la rétine, mais en petite quantité; elle semblait être en continuité de tissu avec la couche épithéliale de la choroïde transformée. A cet endroit, en effet, les cellules épithéliales de cette couche dépourvues d'ailleurs de leur pigment, changeaient de forme, d'hexagonales devenaient sphériques, se pressaient, s'accumulaient et se perdaient dans l'épaisseur de cette lame rétinienne profonde.

Il y avait donc là les vestiges d'une irrégularité, d'une confusion d'évolution, si l'on peut ainsi dire, portant sur les deux feuillets qui forment pendant la vie embryonnaire la paroi interne de la vésicule oculaire secondaire et qui donnent naissance ultérieurement à la rétine et à la couche épithéliale qui recouvre les cônes et les bâtonnets. Quant à la choroïde elle faisait complétement défaut au niveau du coloboma, la rétine était directement appliquée contre la sclérotique, à laquelle elle adhérait en certains points. On ne retrouvait même pas cette mince membrane, désignée par quelques auteurs sous le nom d'intercalaire et

considérée par eux comme le vestige de la choroïde. Au niveau du coloboma la rétine possédait très-peu de vaisseaux, la sclérotique était amincie, mais ne présentait aucune ectasie.

Ces données d'anatomie pathologique sont intéressantes à connaître et rendent compte de certaines particularités cliniques qui, sans elles, seraient difficiles à expliquer. Ainsi observe-t-on pendant la vie l'absence de la perception lumineuse dans la portion du champ visuel correspondant au coloboma, cela indique que la rétine existant au moment de la naissance, mais pauvre en vaisseaux, a fini par s'atrophier à la longue. La perception lumineuse existe-t-elle encore, c'est un indice que la nutrition de cette membrane a été suffisante pour lui conserver sa texture normale et par suite ses propriétés physiologiques.

Tous ces faits cadrent mal avec l'hypothèse qui veut que le coloboma soit dû à un retard apporté à l'occlusion de la fente choroïdienne. La présence de la rétine dans toute l'étendue de la malformation, l'absence complète de la choroïde dans les mêmes points, la disposition de la surface du coloboma généralement plus large dans le sens transversal que dans le sens antéro-postérieur semblent plutôt indiquer qu'il y a eu là un vice d'évolution frappant sur la choroïde seule. CH. ABADIE.

Klinische und experimentelle Beiträge zur Resorption pathologischer Inhaltsmassen in der vorderen Augenkammer (Études cliniques et expérimentales sur la résorption des produits pathologiques contenus dans la chambre antérieure de l'œil), par DEUTSCHMANN *Archiv für Ophthalmologie, tome XXIV, 2e partie, p.* 213).

Le Dr Deutschmann a institué une série d'expériences pour savoir ce que devenaient, et de quelle façon étaient absorbés les produits pathologiques contenus dans la chambre antérieure. Il a tout d'abord cherché à provoquer des kératites avec hypopyon chez les animaux, en inoculant des matières septiques dans l'épaisseur de la cornée, mais les désordres qui en résultent sont si considérables qu'il devient impossible de suivre les phénomènes d'absorption; de même quand on injecte du pus en nature et de n'importe quelle provenance dans la chambre antérieure, un phlegmon de l'œil survient qui rend toute observation impraticable. Il faut donc de toute nécessité choisir des liquides plus inoffensifs; Deutschmann a donné la préférence au sang défibriné et à des solutions colorées de cinabre. Voici dès lors ce qu'on observe. Une certaine quantité du sang introduit dans la chambre antérieure est absorbée presque immédiatement, et sans avoir subi d'altération, par le système vasculaire de l'iris et fait rapidement retour à la circulation générale; le reste se dépose sous la forme d'un petit caillot fibrineux à la partie déclive de la chambre antérieure. Les parties constituantes de ce caillot subissent des métamorphoses régressives qui favorisent leur résorption ultérieure; celle-ci s'effectue fois et par l'iris et par la trame vasculaire des régions qui avoisinent son insertion ciliaire.

Pendant cette période de résorption un grand nombre de cellules migratrices venues de la périphérie de la chambre antérieure pénètrent dans cette cavité, s'imprègnent de la matière colorante des globules et disparaissent à leur tour.

Il résulte de ces faits que l'iris semble jouer un rôle prépondérant dans la résorption du sang épanché dans la chambre antérieure. S'il en est réellement ainsi, plus la surface de l'iris sera étendue plus la résorption s'effectuera rapidement; c'est en effet ce qui a lieu. Quand sur un lapin on dilate la pupille d'un œil au moyen de l'atropine et que celle de l'autre œil est resserrée par l'ésérine, du sang injecté en quantités égales dans deux côtés disparaît plus vite là où la pupille est contractée.

L'action favorable de l'ésérine dans certaines kératites à hypopyon s'expliquerait donc ainsi d'une façon assez satisfaisante; par contre l'efficacité de ce médicament sera nulle lorsque par suite d'adhérences la pupille ne pourra pas se contracter ou que par suite d'une iritis concomitante le tissu de l'iris sera devenu impropre à l'absorption.

De même lorsqu'en pratiquant l'iridectomie et supprimant par conséquent une portion de l'iris, la surface de ce diaphragme vient à être réduite, la résorption des épanchements sanguins s'effectue avec moins de facilité, et c'est surtout quand l'excision aura porté en bas que la résorption sera particulièrement lente. On comprend tout de suite les conséquences cliniques importantes qui découlent de ces faits. CH. ABADIE.

Diphtheria Conjunctivae Bulbi (Conjonctivite diphthéritique observée à l'institut ophthalmologique de Ludwigsburg) (*Würtemberg med. Corr.-Bl.*, n° 2, 1878; *Centralbl. f. Chir.*, n° 26, 1878).

Un médecin, homme de 35 ans, vigoureux, reçoit dans le visage des fausses membranes rejetées par un enfant, atteint d'angine diphthéritique, auquel il donne des soins; 12 heures après, l'œil droit est enflammé, douloureux, atteint de photophobie. Au bout de 36 heures, la conjonctive est d'un rouge uniforme, elle sécrète abondamment un liquide trouble, mêlé de coagula; la cornée est trouble, et couverte de plusieurs ulcérations; les paupières sont chaudes et tuméfiées; il y a de la photophobie, une céphalalgie frontale très-prononcée. Le traitement consiste en instillations de sulfate d'ésérine, compresses chaudes imbibées d'une solution aqueuse d'acide salicylique, lavages de l'œil avec une solution à 1/300 d'acide salicylique; 36 heures plus tard, il y a une amélioration notable, mais l'œil gauche qui était sain, se prend à son tour mais moins violemment. Au bout de 3 jours, l'ésérine est remplacée par l'atropine. Le 12e jour, il ne reste plus que de petites taches jaunes, à la place des ulcérations, et un peu de photophobie. H. THORENS.

Congenital Irideremia of both eyes (Iridérémie congénitale double), par RAINSFORD (*Brit. med. Journ. du 7 septembre* 1878).

Il s'agit d'un enfant de 9 ans chez lequel l'iris était absent des deux côtés. Le globe oculaire était un peu petit par rapport à l'orbite; la cornée était imparfaitement développée, et paraissait avoir exactement la même courbure que la sclérotique environnante : elle était toutefois parfaitement transparente. Les cristallins étaient ratatinés et opaques, d'un blanc brillant, avec une capsule calcifiée. A la périphérie, grâce à l'absence de l'iris, on pouvait éclairer le fond de l'œil avec l'ophthalmoscope. L'enfant apercevait les doigts à une distance de 18 pouces. Il existait un nystagmus marqué qui rendait impossible l'examen complet de la papille. La mère du malade était, paraît-il, atteinte du même vice de conformation.

Quant au père, il jouissait d'une vision excellente. GASTON DECAISNE.

Die spontane Thrombose der Vena centralis des Opticus (Thrombose spontanée de la veine centrale du nerf optique), par MICHEL (*Archiv für Ophthalmologie t. XXIV, 2e p. p. 37*).

Dans l'espace de 3 ans, le Dr Michel a observé 7 cas de thrombose de la veine centrale de la rétine, 5 fois chez des hommes, 2 fois chez des femmes. L'âge des sujets a varié entre 51 et 81 ans. Sauf dans un seul cas l'affection est toujours restée localisée d'un seul côté. Presque toujours ces malades présentaient une dégénérescence scléreuse très-marquée des artères de la périphérie, quelquefois un peu d'hypertrophie du ventricule gauche ou droit. Jamais d'albumine dans les urines.

Le début de la maladie est toujours subit sans prodromes antérieurs. Mais la vision n'est jamais complétement éteinte d'emblée comme dans l'embolie de l'artère centrale, quelquefois elle s'améliore par la suite, et la disproportion entre les lésions persistantes du fond de l'œil et les progrès de l'acuité visuelle peut devenir frappante.

Pour le Dr Michel il y aurait trois variétés de thrombose de la veine centrale caractérisées par l'oblitération complète, incomplète ou simplement par un faible obstacle à la circulation dans le système veineux.

Dans le premier cas, le nerf optique et la rétine dans son voisinage disparaissent presque sous une vaste suffusion sanguine; sur ce fond rougeâtre d'autres hémorrhagies discrètes à forme striée en rapport avec les fibres nerveuses dont elles suivent les trajets, forment des taches plus foncées.

Le nerf optique ne fait pas saillie. Autour de cette zone dont le diamètre est d'environ une fois et demie celui de la papille, on découvre d'autres extravasations sanguines, mais isolées et affectant les formes et les dimensions les plus diverses.

Dans la première zone où l'hémorrhagie est diffuse, les artères et les veines sont tout à fait indistinctes, au delà ces dernières apparaissent *tortueuses, gorgées de sang*, d'une coloration plus foncée qu'à l'ordinaire et d'un diamètre double, çà et là, la colonne sanguine qui les remplit semble comme interrompue, d'autres fois certaines portions de leur trajet sont cachées sous un foyer hémorrhagique.

De bonne heure la macula prend une coloration blanchâtre ou gris jaunâtre au centre de laquelle on aperçoit une tache rougeâtre produite sans aucun doute par du sang épanché, ainsi qu'en témoignent les changements qu'elle subit plus tard.

Dans la deuxième variété les hémorrhagies s'étendent en rayonnant autour de la papille, mais laissant entre elles quelques espaces de tissu sain.

Les artères sont encore amincies, les veines dilatées et tortueuses, mais les unes et les autres restent visibles jusqu'au centre de la papille. Cette zone péri-papillaire correspond à peu près à celle qui dans la forme précédente était le siége d'une suffusion sanguine; au delà les hémorrhagies sont plus discrètes, leurs formes et leurs dimensions plus variées.

Dans la troisième variété il n'existe plus que quelques taches sanguines, aussi les différences signalées plus haut entre les veines et les

artères et qui persistent encore; deviennent plus faciles à apprécier et par suite plus frappantes. Les contours du nerf optique ne sont plus que légèrement voilés, la macula est intacte.

Il peut se faire qu'une des branches seulement de la veine centrale soit oblitérée ainsi que Leber (1) l'a observé une fois, et alors c'est surtout dans le territoire où naissent les rameaux qui concourent à la formation de la branche oblitérée qu'on observe les lésions qui viennent d'être décrites.

A ces trois variétés correspondent aussi trois modes d'évolution différents. Ou bien la circulation peut être définitivement arrêtée par suite de l'organisation du thrombus, ou bien le caillot se désagrège en certains points, et la lumière du vaisseau se rétablit en partie, ou bien enfin l'obstacle disparaît complétement et la circulation redevient normale.

Quand l'oblitération reste définitive, au bout de quelques jours la suffusion sanguine qui couvre le nerf optique et la rétine environnante semble se résorber, les veines et les artères deviennent plus distinctes et peuvent être suivies jusqu'à la papille, mais bientôt surviennent de *nouvelles hémorrhagies*, qui constituent une *véritable récidive*. Puis la rétine et le corps vitré se troublent et dans la rétine ainsi altérée se forment des replis blanchâtres, brillants, comparables à des traînées cicatricielles.

La vision est complétement éteinte, dans un cas la perception quantitative n'existait qu'à la distance de 1 pied 1/2.

Si l'oblitération n'est qu'incomplète, il survient aussi des récidives caractérisées par une diminution de l'acuïté visuelle et l'apparition de nouvelles hémorrhagies. Mais peu à peu celles-ci se résorbent, surtout dans les parties centrales, entre le nerf optique et la macula où elles sont remplacées par une série de petits points blanchâtres, la région de la macula elle-même paraît gris blanchâtre. Le nerf optique ne présente aucun changement de niveau. Les artères sont toujours minces, les veines au contraire restent remarquablement dilatées et tortueuses; en outre, elles présentent sur leur parcours une disposition singulière; à certains endroits, elles paraissent comme interrompues, enfouies dans le tissu de la rétine augmenté d'épaisseur et de fait cette membrane semble faire saillie dans ces points là. On dirait une surface plane qui aurait été plissée. Ces saillies offrent incontestablement une certaine analogie avec les véritables plis qui se forment à la période terminale dans l'oblitération complète.

Le corps vitré présente quelques opacités floconneuses. L'acuïté visuelle peut s'améliorer progressivement. Dans un cas elle atteignit jusqu'à 1/5.

L'oblitération n'a-t-elle été qu'incomplète et passagère, la lumière du vaisseau s'est-elle entièrement rétablie, les hémorrhagies disparaissent sans laisser de traces, mais il reste toujours une certaine disproportion entre le calibre des artères amincies et celui des veines dilatées et tortueuses. Le nerf optique conserve également une légère teinte blanchâtre atrophique, ce qui explique pourquoi en pareil cas l'acuité visuelle reste toujours inférieure à la normale.

(1) *Von Græfe und Sæmisch-Handbuch der Augenheilkunde*, t. V, p. 568.

Dans aucune des trois variétés la tension intra-oculaire n'est augmentée et le malade n'éprouve aucun phénomène subjectif.

Ce travail se termine par la relation détaillée de l'examen microscopique d'un œil dont la veine centrale était effectivement oblitérée par un caillot sanguin, et par les observations des malades auxquels se rapportent les considérations cliniques précédentes. CH. ABADIE.

Studii di anatomia patologica sopra alcune importanti malattie della retina umana (Études d'anatomie pathologique sur quelques maladies importantes de la rétine humaine), par A. TAFANI (*Archives de l'Institut royal des études supérieures de Florence, vol. I*).

Dans une première partie, l'auteur expose tous les détails anatomiques connus avant lui, et qu'il a soumis au contrôle. On y trouve comme découverte originale, la démonstration d'éléments conjonctifs dans les fibres radiées de la rétine, et celle des cellules endothéliales dans la couche des fibres nerveuses, et dans les vaisseaux capillaires qui parcourent ces dernières. La rétine serait divisée pour lui en deux portions : externe, sans névroglie, et interne, très-riche en névroglie. Cette névroglie rétinienne présente des caractères qui la distinguent de la névroglie encéphalique.

L'auteur étudie ensuite le gliome de la rétine, lequel en dehors de la structure décrite par les histologistes présente un réseau de filaments très-déliés qui sont une dépendance de la tunique externe des vaisseaux. La propagation se fait par l'intermédiaire des cellules plates de tissu conjonctif. Les couches ganglionnaires et nerveuses de la rétine dégénèrent et disparaissent. Le gliome se distingue des noyaux leucémiques, parce que ceux-ci sont contenus dans la gaîne lymphatique péri-vasculaire, et suivent le trajet des fibres nerveuses.

Le chapitre III est consacré à l'anatomie pathologique de la rétinite séreuse (Iwanoff), caractérisée par la présence d'un exsudat spécial, et que l'auteur distingue de l'œdème simple. On y trouve des cavités renfermant une substance granuleuse coagulée. Elle débute par la partie *filamenteuse* de la couche des granulations externes, ces granulations forment les parois des cavités kystiques. La membrane de Jacob et la limitante de Schultze restent intactes. La couche des cellules *cérébrales* est atteinte de dégénérescence graisseuse. Les autres couches sont simplement épaissies au début.

Contrairement à tous les auteurs Tafani ne considère pas les cavités comme des kystes, car les cellules endothéliales qu'on y trouve rarement ne forment pas une couche, et proviennent des cellules épithéliales normales que l'auteur a décrit dans la membrane d'Hannover. Lorsque l'œdème envahit les couches les plus internes, les fibres et les cellules nerveuses présentent un aspect réticulé. Les parois des vaisseaux sont aussi atteintes de dégénérescence graisseuse. De très-belles planches accompagnent ce mémoire. MARCANO.

De la rétino-choroïdite palustre, par F. PONCET (*Annales d'oculistique, p.* 201, 5e *et* 6e *liv.*, 1878).

Voici le résumé des conclusions de ce travail basé sur 2 observations et 3 examens anatomo-pathologiques.

Dans les maladies palustres, on observe à l'ophthalmoscope, un œdème péri-papillaire, une névrite optique avec saillie de la papille, et une teinte gris sale de la zone moyenne du nerf optique, des hémorrhagies rétiniennes ponctuées à la périphérie et très-larges au pôle postérieur.

Histologiquement, l'œdème péripapillaire est fourni par un liquide granuleux, incolore, épanché sous la membrane limitante interne de la rétine, près de la papille, au-dessus de l'expansion du nerf optique et dissociant, détachant les travées de Müller de leur attache à la membrane anhiste.

La névrite optique résulte, comme toujours, d'une vascularisation exagérée avec œdème interstitiel, mais la teinte gris sale de la papille doit être rapportée au grand nombre de globules blancs pigmentés renfermés dans ces vaisseaux hyperémiés.

Les hémorrhagies de la rétine sont encore bien plus nombreuses que ne l'indique l'ophthalmoscope : elles sont constantes à la zone ciliaire dans les accès pernicieux, les cachexies palustres ; elles sont rares, en plaques étendues, au pôle postérieur. Elles contiennent beaucoup de globules blancs à leur centre.

Comme beaucoup d'organes, la rétine et la choroïde renferment dans leurs vaisseaux de grandes quantité de globules blancs tachés de pigment, et beaucoup de ces énormes cellules mesurant plus de 40 μ, toutes imprégnées de matière mélanique.

Le pigment, comme le démontrent des préparations du péritoine, n'est qu'un reliquat de globules rouges absorbés par les leucocytes. L'abondance des globules blancs pigmentés et l'absence de globules rouges, donnent aux capillaires l'aspect de bandes piquetées en mosaïque.

Les capillaires de la rétine ou de la choroïde peuvent être obstrués par ces éléments morbides, qui sont alors cause d'hémorrhagies rouges. Les extravasations de globules blancs sont très-abondantes dans la trame même de la choroïde, qui augmente alors de volume et devient œdémateuse et irrégulière. Il y a une véritable choroïdite.

L'inflammation de la tunique interne des vaisseaux ne paraît pas très-active dans les accès pernicieux ou les cachexies.

Les amauroses *sine materia*, liées aux fièvres intermittentes, doivent être rangées dans les rétino-choroïdites palustres avec embolies de leucocytes mélaniques dans les capillaires.

Il existe une rétino-choroïdite albuminurique palustre, caractérisée par toutes les lésions du tissu rétinien appartenant à la rétinite albuminurique simple, plus une très-vive inflammation proliférative, puis régressive de la paroi interne des artères, et la présence de gros éléments pigmentés dans les capillaires. F. TERRIER.

De l'atrophie papillaire tabétique et de son traitement, par F. ROUIRE (*Thèse de doctorat, Paris n° 136, 1878.*)

Après un court examen de l'histoire de l'ataxie locomotrice, l'auteur aborde la question de la pathogénie de l'atrophie papillaire tabétique et pense que cette lésion débute d'emblée par le nerf optique comme elle le fait pour les cordons postérieurs de la moelle.

L'anatomie pathologique et surtout la symptomatologie de cette variété d'atrophie papillaire sont étudiées avec quelques détails.

Passant en revue la marche et le diagnostic de cette affection, F. Rouire insiste sur le traitement par les injections sous-cutanées de strychnine.

Il insiste tout particulièrement sur les expériences faites par Hippel (*Annales d'oculistique*, 1874) et répétées par de Sainti, aide-major au Val-de-Grâce, à propos de l'influence des injections de strychnine sur la vision à l'état physiologique.

Il en conclut :

1° Que la strychnine exerce bien une action sur les fibres du nerf optique ;

2° Que cette action, a pour effet, d'augmenter l'acuïté visuelle, d'élargir le champ visuel ;

3° Que, sous l'influence de ce traitement, l'acuïté se relève, le champ visuel s'élargit même lorsqu'on a affaire à une atrophie papillaire avec lésions matérielles (?) que ces différents effets de la strychnine peuvent se produire même chez les atrophies tabétiques ;

4° Que dans ce dernier cas, contrairement à ce qui a lieu dans certaines atrophies, on n'obtient de résultats satisfaisants qu'à la longue et en augmentant progressivement les doses. F. TERRIER.

La section des nerfs ciliaires et du nerf optique substituée à l'énucléation de l'œil, par SCHÖLER (Société de médecine de Berlin, 21 janvier 1878, et discussion dans la séance du 6 février : HIRSCHBERG, LANDSBERG (*Berlin. klin. Wochens., n° 17, p. 245, n° 20, p. 291 et n° 22, p. 321, 29 avril, 20 mai et 3 juin* 1878).

Schöler pense que la névrotomie optico-ciliaire, qu'il a déjà pratiquée sur 10 patients, doit être préférée à l'énucléation du bulbe dans toutes les circonstances où celle-ci est indiquée. Il exécute la section des nerfs ciliaires et du nerf optique de la façon suivante :

Le malade bien endormi et les paupières maintenues écartées, un aide saisit le bulbe avec des pinces pour le tourner en dedans. La conjonctive ouverte, le muscle droit externe est ténotomisé avec des ciseaux à strabisme, courbés sur le plat. Puis, une aiguille armée d'un fil de catgut est passée au travers du tendon sectionné et de la conjonctive qui le recouvre. Tandis que de la main gauche l'opérateur tend légèrement le fil, de l'autre main il coupe la conjonctive en haut et en bas jusqu'aux muscles droits correspondants, puis la détache d'avant en arrière, en se tenant tout près de la périphérie du globe. Lorsqu'il est ainsi parvenu jusqu'à

l'entrée du nerf optique, il introduit fermés des ciseaux anglais à énucléation, recourbés sur le plat ; puis, arrivé au contact du nerf, il le sectionne d'un coup de ciseaux. Au moment de la section, il s'écarte de la surface du bulbe afin de conserver dans le globe oculaire le moignon de nerf le plus considérable possible. Si l'hémorrhagie qui se produit est forte et que le bulbe de l'œil vienne presser contre les paupières, on enlève rapidement l'instrument qui les maintenait écartées et l'on comprime l'œil avec une éponge jusqu'à ce qu'il ne fasse plus saillie. L'aide peut alors rouvrir les paupières et fixer le globe oculaire en dedans. Par la plaie, l'opérateur conduit au fond de l'œil un couteau à pointe arrondie, analogue au crochet à strabisme ; ce névrotome a un manche flexible, auquel on peut imprimer la courbure du bulbe. Quand cet instrument est arrivé au fond, on le meut dans tous les sens pour s'assurer qu'il ne reste pas de cordons nerveux intacts. Le couteau retiré, Schöler, au moyen de l'index et du médius gauches, exerce une pression sur la commissure palpébrale externe, en même temps qu'il tourne fortement en dedans le globe oculaire ; cette manœuvre a pour résultat d'amener au jour l'extrémité nerveuse sectionnée. Le muscle et la plaie conjonctivale sont ensuite réunis avec du catgut. Enfin, par le contact d'un stylet boutonné, Schöler s'assure de l'entière anesthésie de la cornée et de la région ciliaire antérieure, avant d'appliquer un bandage sur l'œil.

Lorsque l'hémorrhagie qui suit la section des nerfs ciliaires et du nerf optique est modérée, l'opération ne subit pas le temps d'interruption nécessité par la compression de l'œil avec l'éponge ; d'ailleurs, le plus grand inconvénient de l'hémorrhagie est de donner lieu à un exophthalmos qu'on évite en procédant avec les précautions indiquées.

Hirschberg et *Landsberg* élèvent des doutes sur la supériorité réelle de cette opération. J. B.

Tumeurs de l'orbite et des parties voisines, par HIGGENS (*Guy's hosp. Rep.*, *v. XXIII, p.* 165-171, 1878).

L'auteur publie ses observations pour faire suite à une série de sept cas antérieurement publiés dans le *Britisih medical Journal* du 8 décembre 1877.

La première observation a trait à un cas de distension du sinus frontal, par accumulation des produits de secrétion.

La deuxième et la troisième sont des observations de sarcomes de l'orbite.

La quatrième est un exemple de kyste hydatique, forme très-rare de tumeur de l'orbite, l'auteur n'en ayant trouvé que trois cas semblables dans les divers recueils.

Le malade, âgé de 55 ans, était atteint depuis quatre ans, lorsqu'il fut soumis à l'examen du Dr Higgens, qui crut d'abord à un sarcome à développement très-lent et songea à une extirpation simultanée de la tumeur et du globe oculaire. C'est la ponction exploratrice qui permit de faire le diagnostic. Une incision évacua le liquide et les hydatides, la guérison eut lieu par suppuration, mais la vue resta altérée de ce côté. CH. PÉRIER.

Iodoform in eye-disease (Iodoforme dans les affections oculaires), par HAYES (*Med. Times and Gazette, vol. II, p.* 193, 1878).

L'auteur recommande son emploi dans les affections chroniques (kératites anciennes, vieilles blépharites) et dans la kératite pustuleuse. Pour les affections cornéennes on emploie la poudre très-fine, portée avec un pinceau ; pour les paupières on doit préférer une pommade avec 1 partie d'iodoforme pour 4 d'axonge. L'application est très-peu douloureuse. V. CAMPENON.

Eserine and pilocarpine in the treatment of eye disease (De l'ésérine et de la pilocarpine dans le traitement des maladies des yeux), par H. W. WILLIAMS (*Boston med. and surg. Journ.*, 14 *mars* 1878).

Lorsqu'on instille une goutte d'une solution de sulfate d'ésérine (2 grains pour 28 grammes d'eau) dans un œil sain, on observe les phénomènes suivants : au bout de quinze minutes la pupille se rétrécit; les paupières deviennent le siége de tremblements convulsifs ; il y a quelquefois de la douleur sus-orbitaire, ordinairement légère, mais quelquefois très-vive ; la vue s'obscurcit ; il y a spasme de l'accommodation et myopie passagère. Ces phénomènes atteignent leur maximum d'intensité au bout d'une heure, mais à l'exception de la contraction de la pupille, qui persiste encore pendant huit heures, ils disparaissent dans le même laps de temps.

L'auteur emploie avec avantage le sulfate d'ésérine dans le traitement des ulcères, des éruptions phlycténulaires et herpétiques de la cornée, dans le traitement des ulcérations traumatiques, blennorrhagiques, des ulcérations survenant chez les vieillards et les malades affaiblis par des maladies de longue durée, et de l'ulcère serpigineux. Le sulfate d'ésérine diminue la photophobie et la douleur sus-orbitaire qui accompagnent ces affections. Il est très-utile aussi contre la paralysie de l'accommodation et la mydriase qui suivent la diphthérie, la rougeole et la scarlatine, et la paralysie de la branche ciliaire de la troisième paire, suite de refroidissement. Dans les paralysies de ce nerf d'origine traumatique ou autre, il guérit quelquefois ; d'autres fois ce n'est qu'un moyen palliatif. C'est un adjuvant très-utile dans le traitement de la photophobie hystérique. Il est utile aussi dans l'épisclérite et le kératocône.

Le chlorhydrate de pilocarpine produit à peu près les mêmes effets que le sulfate d'ésérine. Il irriterait cependant moins la conjonctive et produirait moins de douleur sus-orbitaire et moins de spasme de l'accommodation que ce dernier médicament. Ces deux agents myotiques seraient évidemment contre-indiqués dans les affections inflammatoires de l'iris. J. B. H.

Des accidents consécutifs à l'emploi de l'atropine dans le traitement des affections oculaires, par H. PELTIER (*Thèse de Paris, n°* 182, 1877).

Voici en abrégé les conclusions de ce travail :

1° L'emploi de l'atropine produit des accidents localisés sur les pau-

pières, la conjonctive, la cornée, l'appareil lacrymal et la rétine, ou qui retentissent sur l'état général ;

2° La conjonctivite atropinique et les accidents généraux peuvent être seuls certainement diagnostiqués.

Les autres lésions, qui d'ailleurs ont été peu observées par l'auteur, ne peuvent être reconnues que par leur concomitance avec l'emploi de l'atropine et leur disparition quand on cesse d'utiliser ce médicament.

3° Les individus supportent très-diversement l'atropine; l'intolérance, parfois immédiate, n'est jamais essentielle, et paraît être sous la dépendance de la maladie oculaire primitive.

Cette intolérance, primitive ou seulement consécutive, paraît définitivement acquise, et reparaît dès que, même après plusieurs mois, on revient à l'atropine.

4° Dans le but d'éviter cette intolérance et d'utiliser cependant les préparations d'atropine, l'auteur conseille l'emploi des vaccinations atropiniques. F. TERNIER.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE ET MÉDECINE OPÉRATOIRE.

Comparer entre eux les divers moyens de diérèse, par Victor CHALOT (*Thèse d'agrégation de Paris*, 1878).

L'auteur commence par définir ce qu'on doit entendre par le mot *diérèse*. Dans son sens le plus large, c'est un élément opératoire constituant le fonds commun de toute une série d'actions qui ont pour résultat la séparation des tissus, soit dans leur contiguïté, soit dans leur continuité. Elle comprend trois grandes méthodes; la méthode *traumatique*, la méthode *escharifiante* et la méthode *ulcérative*.

La méthode *traumatique* comprend la distension simple des tissus (neuroténie), la divulsion ou dilatation forcée, la déchirure proprement dite, la torsion, etc.

A la méthode *escharifiante* appartiennent les divers modes de cautérisation.

Enfin, la méthode *ulcérative* comprend : la *constriction par ligature* et la *constriction par pincement* (entérotomes, clamps etc....)

Après avoir ainsi délimité son sujet, l'auteur consacre un premier chapitre à l'histoire générale et spéciale des moyens de diérèse, en indiquant l'époque de leur apparition, et les grandes idées chirurgicales qui en ont été le point de départ.

Après une description des divers agents de la cautérisation de l'électrolyse, de la ligature en masse et de la ligature élastique, l'auteur aborde l'étude comparative de l'action des divers modes de diérèse sur les tissus. L'instrument tranchant sectionne tous les vaisseaux qui restent ouverts, et donne lieu à une hémorrhagie surtout artérielle; il permet au

chirurgien de reconnaître individuellement la plupart des tissus et des organes divisés.

L'écraseur linéaire, au contraire, détermine une plaie qui se rapproche des plaies par arrachement et des plaies contuses ; il déchire à courte distance les tissus et leurs éléments anatomiques ; il les écrase, en leur faisant subir un certain degré de torsion. La ligature extemporanée pénètre plus difficilement les tissus ; elle les étire, mais ne les mâche pas et ne les tord pas comme l'écraseur ; aussi ne faut-il guère compter sur elle pour l'hémostase, lorsqu'on a affaire à des artères d'un certain calibre.

Le galvano-cautère et le thermo-cautère ont sur le fer rouge l'avantage de posséder une source de chaleur constante. Au point de vue de l'hémostase, leur action est tout à fait comparable ; ainsi que l'a fait remarquer M. Trélat, lorsqu'on emploie la température rouge-blanc, l'hémorrhagie a lieu fatalement, qu'il s'agisse de gros, de moyens ou de petits vaisseaux. A la température rouge-cerise, il y a lieu de distinguer suivant le calibre du vaisseau. Si ce calibre ne dépasse pas 2 millimètres, le couteau galvanique et le thermo-cautère en ont facilement raison. Si le vaisseau est d'un volume plus considérable, l'*anse* galvanique pourra encore l'oblitérer, mais il ne faut plus guère compter sur le *couteau* galvanique ni sur le thermo-cautère.

L'électrolyse agit sur les tissus à la manière des cautères potentiels; les pôles de l'appareil s'y comportent comme dans un voltamètre. Les sels se dédoublant, les bases se rendent an pôle positif et les acides au pôle négatif. Ces bases et ces acides entrent alors en action et produisent deux sortes d'eschares, les unes sèches et dures rougissant le papier de tournesol, les autres molles et humides bleuissant le papier de tournesol. Quant à la ligature ulcérative, quelle que soit la substance employée, on peut résumer son mode d'action en disant qu'elle divise les tissus en suspendant le mouvement nutritif en un point donné de leur continuité, et qu'elle parvient à ce résultat par un mécanisme analogue à celui de l'étranglement pathologique.

Les *effets immédiats* de la diérèse font l'objet d'un article spécial. S'il est vrai que la durée et l'intensité de la douleur dépendent beaucoup de l'agent employé, elles sont aussi influencées par une foule de circonstances spéciales et individuelles. L'*hémorrhagie primitive* est l'apanage de l'instrument tranchant; beaucoup plus rare avec l'écraseur linéaire et l'anse galvanique, elle est fréquente avec la ligature extemporanée. Elle est la règle pour le thermo-cautère et le couteau galvanique, du moment que le calibre des vaisseaux dépasse 2 millimètres et demi ; on ne l'observe jamais avec les caustiques acides et la ligature ulcérative.

Parmi les effets consécutifs, l'*hémorrhagie secondaire* mérite surtout d'attirer l'attention. Assez fréquente avec l'instrument tranchant, elle est plus commune avec la cautérisation actuelle et potentielle. Avec la ligature ulcérative, elle est exceptionnelle. La *phlébite* et l'*angioleucite* sont surtout déterminées par l'instrument tranchant. L'*infection purulente* est favorisée par les moyens qui produisent des plaies nettes et fraîches, et par conséquent par le bistouri et le couteau. Il en est de même pour l'*infection putride* et la *pourriture d'hôpital*.

M. Chalot discute ensuite longuement les différents moyens de diérèse

au point de vue des *applications générales ou spéciales*. Après avoir passé en revue la plupart des principales opérations chirurgicales, il arrive à cette conclusion qu'il n'y a pas de moyen de diérèse d'exclusion, ayant un caractère absolu d'application générale. C'est au chirurgien à décider et à faire son choix suivant les cas.

Le troisième et dernier chapitre, consacré à la diérèse des parties dures a pour principal objet l'étude comparative de *l'ostéoclasie* et de *l'ostéotomie*.

GASTON DECAISNE.

I. Communication sur un cas de trachéotomie malheureuse, par de SAINT-GERMAIN. — Discussion sur le thermo-cautère (*Soc. de chir.*, 9 *et* 16 *mai* 1877).

II. De la trachéotomie par le thermo-cautère, par POINSOT. — Rapport par de SAINT-GERMAIN. — Discussion (*Ibid.*, 30 *mai et* 6 *juin* 1877).

III. Lettre de KRISHABER sur l'emploi du thermo-cautère dans la trachéotomie. — Discussion (*Ibid.*, 13 *juin* 1877).

I. — Le fait rapporté par de Saint-Germain est celui d'un enfant opéré par le procédé rapide (en un seul temps), et chez qui l'autopsie permit de constater l'incision de la paroi postérieure de la trachée. C'est le premier accident que l'auteur observe sur 97 cas opérés par lui de la même manière. Aussi ne croit-il pas devoir renoncer à ce procédé pour un accident qui s'est produit parfois entre les mains de chirurgiens qui opéraient en plusieurs temps. Il insiste sur la nécessité absolue de fixer exactement la trachée, et de ne donner à la ponction qu'une profondeur d'un centimètre et demi.

Dans la discussion qui suit, la question du thermo-cautère est soulevée; Tillaux, Verneuil, Trélat, etc., donnent quelques détails sur le maniement et les propriétés de cet instrument.

II. — Dans un important mémoire, Poinsot recommande l'emploi du thermo-cautère dans la trachéotomie, et affirme la supériorité de cette méthode au double point de vue des accidents primitifs et du résultat final.

Il a fait 6 opérations de trachéotomie par le thermo-cautère, 4 chez l'enfant et 2 chez l'adulte. Après avoir décrit les inconvénients et les dangers de la méthode classique, il donne les observations qui lui sont propres, et qui montrent ce qu'on peut attendre du thermo-cautère au point de vue de l'hémostase; les observations VII et VIII apprennent comment la cicatrisation s'obtient et ce que deviennent les eschares. Les conclusions sont les suivantes :

1° La trachéotomie, pratiquée avec le bistouri, soit par le procédé rapide (en un temps), soit par le procédé lent, donne lieu dans la majorité des cas à une hémorrhagie plus ou moins abondante, qui gêne le chirurgien et a pu souvent faire périr le malade. Elle peut aussi être suivie d'hémorrhagies secondaires dont la terminaison a été quelquefois fatale.

2° La trachéotomie par le tranchant rougi (galvano-cautère, thermo-cautère) supprime, dans la majorité des cas, l'hémorrhagie immédiate; elle permet plus souvent encore de n'ouvrir la trachée que lorsque la plaie est à sec. Quand l'hémorrhagie se produit en grande abondance, et dans les insuccès moyens, le chirurgien se trouve simplement obligé

de recourir au bistouri, et dans des conditions qui ne sont guère moins bonnes que s'il y avait eu recours d'emblée.

3° L'hémorrhagie secondaire, plus fréquente avec le tranchant rougi qu'avec le tranchant ordinaire, a toujours été insignifiante.

4° Les eschares sont efficaces pour protéger la plaie contre l'envahissement diphthéritique; elles n'acquièrent une étendue exagérée que si l'opération est faite trop lentement, et le couteau rougi laissé trop longtemps au contact des tissus.

5° La réaction locale est modérée; les accidents phlegmoneux sont au moins aussi rares qu'avec le bistouri.

6° La trachée doit être incisée avec le bistouri, après avoir été dénudée avec le thermo-cautère; on évite ainsi l'action du rayonnement sur la muqueuse trachéale, la perforation possible de la paroi postérieure de la trachée, la perte de substance ou la nécrose des cartilages.

7° Le thermo-cautère, par la simplicité de son maniement, ses dimensions exiguës, son prix relativement peu élevé, doit être préféré au galvano-cautère, dans l'opération de la trachéotomie.

En analysant ces conclusions, le rapporteur émet l'opinion que l'hémostase est le grand avantage de la méthode. Mais sur la question des eschares, il se déclare beaucoup moins optimiste que l'auteur, et s'élève contre sa quatrième proposition. Il fait remarquer que M. Poinsot n'a pu observer l'envahissement des eschares ou l'arrêt de la diphthérie, puisque ses malades, atteints du croup, sont morts rapidement; d'autre part, l'auteur signale chez les malades qui ont guéri une eschare de 2 centimètres de large, et une plaie de 4 centimètres de large sur 5 centimètres et demie, bien que l'opération ait été faite rapidement.

Le rapporteur a été tellement frappé, ainsi que ses collègues de l'hôpital des enfants, de la largeur et de la profondeur des eschares à la suite de la thermo-trachéotomie, qu'il en arrive à proscrire l'emploi du thermo-cautère dans la trachéotomie sur l'enfant, et notamment sur l'enfant atteint du croup. Chez l'adulte, la facilité de l'opération, et surtout l'absence d'hémorrhagie le rendent, à ses yeux, acceptable, malgré le danger des eschares, et il consent à en faire usage, mais sans partager entièrement les convictions de l'auteur du mémoire.

Dans la discussion qui suit la lecture de ce rapport, Paulet cite un cas de thermo-trachéotomie, et ajoute qu'il put constater, au bout de 48 heures, un état vraiment attristant de la plaie; il y avait une eschare ayant la largeur d'une pièce de 5 francs. L'enfant souffrait le martyre, et il semble qu'on ne puisse pas, en raison de ce fait, ne pas redouter les eschares.

III. — La lettre de Krishaber contient les faits suivants: Il faut ouvrir la trachée avec le bistouri, pour éviter autant que possible la nécrose des cartilages, bien que le bistouri ne préserve pas absolument de cet accident qui est dû sans doute à la présence prolongée de la canule dans une trachée ossifiée. Dans tous les cas où l'auteur a employé le thermo-cautère, les hémorrhagies secondaires se sont arrêtées spontanément. Le seul cas de mort par hémorrhagie secondaire, qu'il ait observé, incombe au bistouri. Quant à la béance de la plaie, qui existe dans tous les cas où on est obligé de maintenir longtemps la canule en place, elle est certainement plus considérable après l'emploi des procédés ther-

miques ; mais l'auteur n'y attache aucune importance, ayant vu la cicatrisation s'opérer dans le même laps de temps. En résumé, l'auteur donne la préférence au thermo-cautère sur le bistouri, toutes les fois qu'il s'agit de *malades adultes* atteints d'affections chroniques du larynx, avec troubles respiratoires prolongés, qui ont pour conséquence constante une vascularisation considérable des tissus mous. L. G. RICHELOT.

I.— De la trachéotomie par le thermo-cautère, par P. BERGER. Discussion (*Soc. de chirurgie*, 2 *octobre* 1878).

II.— De la trachéotomie et de la laryngotomie intercrico-thyroïdienne au moyen des instruments incandescents, par SALEH CHOUKRY (*Thèse de Paris*, n° 258, 1878).

I. — Les adversaires du procédé de trachéotomie par les instruments incandescents ont objecté contre cette méthode, la brûlure des bords de la section, l'étendue des eschares consécutives à cette brûlure et la plaie, accompagnée de suppuration, produite par l'élimination de ces eschares. M. Berger apporte à la société une observation qui, jointe à celles publiées antérieurement, vient mettre à néant cette objection.

Chez une femme albuminurique avancée, et atteinte d'œdème de la glotte, la trachéotomie dut être pratiquée d'urgence. En raison de l'œdème, du gonflement du cou, de la congestion, l'auteur choisit le thermo-cautère. Une anastomose des jugulaires antérieures sur la ligne médiane nécessita la ligature des veines ; mais en dehors de cette particularité, l'opération fut exsangue. La malade ayant succombé plus tard aux progrès de l'asphyxie, M. Berger a pu montrer la netteté de la plaie et l'absence de toute eschare sur les bords ; l'action de l'agent thermique a été absolument circonscrite.

II. — Dans sa thèse, M. Saleh Choukry s'est inspiré des travaux de MM. Verneuil et Krishaber, et ce sont les faits tirés de la pratique de ces deux maîtres qui justifient les conclusions de son travail. Dans un parallèle des méthodes opératoires, il discute avec soin les avantages et les inconvénients de chacune et donne la préférence au thermo-cautère, pour les raisons énumérées dans les faits publiés ci-dessus. Son travail renferme la plupart des observations connues et un certain nombre de faits inédits. A. C.

Calculs vésico-prostatiques. Taille médiane pratiquée avec le thermo-cautère. Extraction du calcul ; guérison, par Th. ANGER (*Bull. Soc. de chir.*, *t. III*, *p.* 487, 493 *et* 500, 1877).

Le malade est un homme de 46 ans, extrêmement affaibli, épuisé par de longues souffrances, paralytique depuis quelques mois. Porteur de gros calculs vésico-prostatiques, il présente en même temps un rétrécissement de l'urèthre, et une inflammation des voies urinaires, s'étendant probablement jusqu'aux reins.

En présence d'un état aussi grave, la lithotritie était formellement contre-indiquée. Il fallait agir vite et, d'autre part, faire perdre au malade aussi peu de sang que possible. C'est pourquoi Th. Anger, après avoir pratiqué rapidement la divulsion du canal pour permettre l'intro-

duction d'un catéther, employa le thermo-cautère pour inciser, couche par couche, tous les plans du périnée. Seule, la section de l'urèthre fut faite avec le bistouri. Pas une goutte de sang ne s'était écoulée ; il n'en parut qu'une très-minime quantité au moment où le lithotome fut retiré.

Trente jours après, la guérison était complète.

L'absence d'hémorrhagie n'a pas été le seul avantage qu'Anger ait retiré de l'emploi du thermo-cautère. La plaie que produit cet instrument est, en effet, moins sujette qu'une incision au bistouri à l'infiltration et à l'absorption urineuse. En outre, le trajet suivi par l'urine est plus direct, plus béant qu'il ne le serait dans les conditions de la taille ordinaire.

On évite facilement l'escharification des parois des plaies faites avec le thermo-cautère ; il suffit de ne pas le promener trop lentement sur les tissus et de le chauffer assez près du rouge blanc.

La taille par le thermo-cautère ne peut être appliquée dans tous les cas ; chez les enfants, par exemple, elle serait peu profitable. Mais dans les conditions analogues à celles où se trouvait son opéré, Anger croit qu'elle offre des avantages sérieux. Une autre fois, il n'hésiterait même pas à porter l'extrémité du thermo-cautère jusque sur le cathéter ; car la perte de substance de l'urèthre serait à peu près nulle, et l'on n'aurait pas à redouter une coarctation consécutive du canal.

Verneuil fait observer qu'Anger n'a pas pratiqué, à proprement parler, la taille avec le thermo-cautère, puisque son emploi s'est borné à l'incision des parties superficielles. Lui-même a agi trois fois de la sorte ; mais il pense qu'il ne faut pas se servir du cautère pour ouvrir l'urèthre. Guyon ne voit pas encore les avantages de ce procédé ; d'abord il ne croit pas à l'action nocive de l'urine au contact d'une plaie régulière ; ensuite ce n'est pas l'incision des parties superficielles du périnée qui peut amener une hémorrhagie, mais la lésion de l'artère transverse ou des plexus prostatiques. Sur ces observations, Anger propose de compléter l'opération en pratiquant la section de l'urèthre et de la prostate par la substitution au thermo-cautère ordinaire, pour exécuter ce dernier temps, d'un thermo-cautère ayant à peu près la forme du lithotome simple. L. G. R.

Empyème pratiqué au moyen du thermo-cautère, par FÉRÉOL. — Rapport par TILLAUX (*Bull. soc. de chir., t. III, p.* 454 *et* 463, 1877).

Le malade dont Féréol communique l'observation était atteint d'une pleurésie, mais de plus, il était tuberculeux.

L'opération a été longue et douloureuse. Il a fallu un quart d'heure pour atteindre la plèvre, qui a été divisée par le bistouri. Au troisième jour, on nota un certain agrandissement de la plaie, qui alla croissant jusqu'au moment où l'on vit le périoste de la côte se détacher dans l'étendue de 10 à 12 millimètres. On put craindre même de voir l'artère intercostale comprise dans la sphère des tissus escharifiés. Au huitième jour, il y eut hémorrhagie secondaire à l'angle postérieur de la plaie. Le malade succomba, mais à des causes indépendantes de l'emploi du thermo-cautère.

Cet instrument ne convient pas à l'opération de l'empyème. Il la rend

plus compliquée et augmente sa durée, ce qui est un inconvénient dans une affection où le chloroforme est inapplicable.

Verneuil rapporte trois cas où il a pratiqué l'empyème à l'aide du galvano-cautère. Il conclut contre son emploi, comme Féréol et Tillaux.

L. G. R.

Du traitement des fistules à l'anus et en particulier du traitement par le thermo-cautère, par Pierre ANDRÉ (*Thèse de Paris, n° 346, 1878*).

L'auteur cherche à démontrer dans son travail la supériorité du thermo-cautère dans le traitement des fistules de l'anus : un certain nombre de faits tirés de la pratique du professeur Verneuil viennent justifier les conclusions suivantes :

Le thermo-cautère doit être employé dans toutes les fistules à l'anus simples et ne présentant pas de décollement profond du rectum. Il faut le chauffer au rouge sombre, et agir lentement, surtout lorsqu'il y a des hémorrhoïdes.

Ce procédé offre les avantages suivants : absence d'hémorrhagie pendant et après l'opération ; absence de douleurs et de fièvre traumatique ; absence de complications, érysipèle, phlegmon, phlébite et infection purulente.

A. C.

The actual cautery and its employment in cutaneous surgery (Le cautère actuel et son emploi en chirurgie cutanée), par H. G. PIFFARD (*Charleston medical Journal and Review, janvier* 1877). — **On the treatment of chancroids by the actual cautery (Sur le traitement des chancres mous par le cautère actuel), par le même auteur** (*Archives of clinical surgery, New York*, 1876).

L'auteur recommande l'emploi du cautère actuel dans un certain nombre d'affections cutanées. Il s'est servi du fer rouge, du galvano-cautère, du cautère Paquelin, et même de la chaleur solaire, concentrant la chaleur à l'aide d'une forte lentille.

Acné rosé. — Dans cette affection, les veines du nez sont souvent variqueuses ; l'oblitération des veines est très-avantageuse ; on peut l'obtenir par une cautérisation faite avec une lamelle de platine chauffée avec une lampe à alcool, ou bien par le galvano-cautère.

Varices. — Piffard a souvent obtenu l'oblitération des varices des membres inférieurs en approchant le platine d'un appareil de Middeldorff des veines dilatées sans cependant toucher à la peau, et en le maintenant quelque temps dans cette position.

L'auteur recommande encore l'emploi du cautère actuel dans diverses affections, mais surtout dans le traitement du chancre mou. Celui-ci, cautérisé profondément, guérirait, en moyenne, dans l'espace de neuf jours et demi ; la durée moyenne de l'affection, sur des malades observés dans d'autres services du même hôpital, et traités par d'autres méthodes, était de 25 à 35 jours.

DEBOVE.

Note elettrojatriche (Notes sur l'emploi de l'électricité), par Domenico MUCCI (*Annali universali di medicina e chirurgia, vol.* 238, *janvier et février* 1878).

L'auteur commence ce long mémoire par la description d'un appareil à anse galvanocaustique, dont il donne plusieurs dessins que l'on peut appliquer à toutes les opérations, et qui présente l'avantage de fournir une chaleur constante. Il énumère ensuite une série d'observations dont nous ne résumerons que les parties essentielles.

I. Extirpation d'un épithélioma du gland; très-peu de sang. Cicatrisation lente. — Guérison.

II. Extraction de polype nasal fibreux. — Succès.

III. Cancer fibroïde de l'utérus ; métrorrhagies graves, — cautérisation.— Cessation des hémorrhagies; disparition des douleurs et de l'écoulement fétide.

IV. Végétations vulvo-vaginales chez une femme enceinte. — Extirpation avec les ciseaux, et ensuite avec l'anse galvanique. — Tuméfaction consécutive. — Reproduction des végétations vulvaires, disparition des vaginales.

Opérations galvano-chimiques.

I. Ponction électrolytique d'un ganglion très-douloureux des tendons de l'avant-bras. Guérison.

II. Spasme rhythmique pharyngo-œsophagien, avec hoquet. Traité par les mouvements forcés, l'électricité faradique et galvanique, l'hydrothérapie et la galvano-puncture. Amélioration.

L'auteur après avoir raconté l'observation dans tous ses détails, rappelle que cette singulière maladie, avait déjà été observé par Berti, Concato, Inzani, Schivardi, etc., et se livre à des considérations anatomiques et physiologiques, pour en discuter la nature.

III. Hoquet continuel survenu chez une femme enceinte, sous l'influence d'une forte émotion. — Calmants sans résultats. Electricité faradique et bains chauds. Accouchement à terme; disparition du hoquet, qui revient ensuite. — Guérison définitive par l'électricité. — Mort de l'enfant par des convulsions.

IV. Paralysies périphériques des cinquième et septième paires. Electricité aradique. — Guérison (3 cas.) MARCANO.

Sulla cura delle angiectasie colla galvano-caustica termica (De la guérison des tumeurs érectiles avec la galvano-caustique thermique), par F. VALERANI (*Annali universali di Medicina e chirurgia Milan, vol.* 243, *janvier* 1878).

Ce mémoire contient 17 observations de tumeurs érectiles guéries par l'emploi du galvano-cautère. Ces observations peuvent être divisées en deux catégories : celles qui se rapportent à des tumeurs proprement dites, et à des taches.

Pour les premières, on doit les pédiculiser, en traversant le néoplasme à sa base par des aiguilles, en ayant bien soin de les isoler pour empêcher le contact pendant l'opération. Ceci fait, on pratique l'opération avec

l'anse, de façon à éviter l'hémorrhagie. Les taches érectiles doivent être traitées avec un cautère en pointe. Les cautérisations doivent être aussi rapprochées que possible ; autrement on n'obtient aucun résultat.

MARCANO.

Sur une forme d'induration bénigne du col utérin, par HEYWOOD SMITH (*St-Georg's hosp. rep., t. VIII, p.* 201-214, 1878).

L'auteur après avoir recommandé l'emploi de la potasse caustique et avoir exposé les règles de cet emploi, dit que son mémoire était écrit avant qu'il eût connaissance du thermo-cautère de Paquelin, et paraît aujourd'hui préférer cet instrument à la potasse caustique pour obtenir la guérison de la lésion qu'il décrit sous le nom d'hyperplasie aréolaire.

CH. P.

De l'emploi du cautère actuel dans les maladies des yeux et principalement dans les ulcères de la cornée, par MARTINACHE (de San-Francisc) (*Annales d'oculistique, p.* 21, *juillet et août* 1878).

L'auteur revendique pour lui l'idée première de l'emploi du cautère actuel dans le traitement des ulcères cornéens ; il rappelle à cet effet :

1° Une observation publiée en octobre 1873 dans le *Western Lancet* de San Francisco ;

2° Le compte rendu d'une séance de la Société médicale publié dans le *Pacific medical and surgical Journal*, analysé dans *Jahresbericht über die Leistungen* par M. Nagel.

Après avoir expérimenté avec succès le fer rouge pour guérir une fistulette de la paupière, et cautériser des granulations palpébrales proéminentes, Martinache se décida à utiliser la cautérisation actuelle dans le traitement des ulcéres de la cornée.

Il rapporte 12 observations fort intéressantes a l'appui de sa thèse et d'ailleurs, dit-il, il pourrait en ajouter encore plusieurs autres, puisqu'il aurait traité par cette méthode environ 40 cas d'ulcères de la cornée.

Martinache aurait d'ailleurs utilisé le cautère actuel dans le traitement d'autres affections oculaires, par exemple dans la kératite parenchymateuse et dans la blépharite ciliaire. Il fera connaître ultérieurement les résultats qu'il a obtenus.

L'appareil dont se sert l'auteur est un simple stylet de trousse, un crochet à strabisme, ou bien une aiguille à tricoter comme le fait Gayet de Lyon. Ces différents instruments sont chauffés au rouge blanc à l'aide d'une lampe à alcool ; du reste, Martinache pense qu'on pourrait utiliser le galvano-cautère ou le cautère à gaz pour faire cette cautérisation.

F. TERRIER.

The treatment of scrofulous glands by the electrolytic caustic (Du chlorure de zinc naissant comme caustique ; son application au traitement des adénites chroniques et de quelques cancers), par GOLDING-BIRD (*The Lancet, vol. II, p.* 430, 1878).

Dans ce nouveau travail, l'auteur confirme les résultats caustiques obtenus au moyen d'une pile formée par une plaque d'argent, mise au contact de la peau dépourvue de son épiderme, et par une flèche de zinc enfoncée dans la partie qu'on veut détruire (voir *The Lancet*, 21 avril 1877 et *Revue des sciences médicales*, X, 664). Mais il modifie le *modus faciendi*. En employant une plaque d'argent suffisamment grande (8 cent.), on n'a pas besoin d'enlever l'épiderme à l'aide d'un vésicatoire : il suffit, après avoir lavé soigneusement la partie du corps qui doit recevoir le pôle positif (argent), d'interposer entre les téguments et la plaque métallique un morceau de lint plié en double ou triple et imbibé d'une solution concentrée de chlorure de sodium.

Suivent deux observations de destruction de ganglions caséeux et quelques remarques sur l'emploi de l'appareil légèrement modifié (cylindre au lieu de flèche de zinc), dans les cas de cancer du rectum ou du col utérin. V. CAMPENON.

Ueber Chloroformnarkose, par WACHSMUTH (de Berlin) (*Vierteljahrss. f. gerich Med. u. œff. Sanit., nouv. série, XXVIII, p.* 393, *avril* 1878).

L'auteur conseille, après en avoir fait usage lui-même, d'additionner d'un cinquième d'essence de térébenthine, le chloroforme lorsqu'on l'emploie en inhalations anesthésiques. Il a reconnu que l'essence de térébenthine exerce une action stimulante sur les poumons, qui en prévient la paralysie, si redoutable dans la chloroformisation. J. B.

The intravenous injection of milk as a substitute for the transfusion of blood (Injection intraveineuse de lait pour remplacer la transfusion du sang), par Gaillard THOMAS (*New York med. Journal, mai* 1878).

La première partie de ce mémoire intéressant a été publiée dans le précédent numéro (*R. S. M.*, XII, *p.* 688). Voici le résumé des autres observations.

Dans un troisième cas il s'agit d'une femme âgée de 22 ans, que l'on avait opérée d'un gros kyste de l'ovaire ; une péritonite aiguë se développa au bout de 24 heures, qui disparut après avoir mis en danger la malade, mais 14 jours après l'opération, un abcès formé dans l'abdomen s'ouvrit et donna un litre de pus.

La suppuration persista si abondante qu'au bout de 3 jours la malade était absolument épuisée.

Une première injection fut faite le 27 septembre ; 2 heures après la malade avait repris des forces, et le 28 au matin il y avait une amélioration notable.

Le 1er mars nouvel affaissement; on injecte 15 onces de lait (480 gr.), nouvelle amélioration le 2 mars. Le 3 mars injection de 6 onces (192 gr.), le 4 mars injection de 8 onces (256 gr). Le 5 mars injection de 8 onces. La malade meurt 2 heures après cette cinquième injection. Dans ce cas, selon l'auteur, c'est l'injection intraveineuse qui seule soutenait les forces de la malade.

L'autopsie montra que l'intestin perforé communiquait avec la cavité purulente qui entourait le pédicule.

Dans un quatrième cas, la malade portait également un kyste de l'ovaire, dont les adhérences avec la paroi antérieure de l'abdomen, étaient très-intimes et si vasculaires qu'on ne put arrêter le suintement sanguin ; le chirurgien aima mieux pourtant refermer l'ouverture pratiquée dans l'abdomen. — 3 jours après l'opération, la malade présentait les signes rationnels d'une hémorrhagie interne ; il enleva le bouchon d'un drain laissé dans la cavité abdominale, et en vit sortir plus d'un litre de sang liquide ; une nouvelle issue donnée au sang dans la même journée amena un écoulement également abondant, 5 onces de lait (160 gr.), furent injectés sans produire d'effet et n'empêchèrent pas la malade de mourir au bout de quelques heures.

En résumé, on compte 12 injections de lait, une seule a donné de mauvais résultats, pouvant s'expliquer par ce fait que le lait n'était pas frais, ayant été trait 2 heures avant l'injection.

L'auteur donne les conclusions suivantes :

1° L'injection de lait à la place du sang, dans la circulation, est d'une pratique très-simple ;

2° On ne doit employer que du lait tiré depuis quelques minutes d'une vache saine ;

3° Pour tout appareil avoir un entonnoir en verre, un tube en caoutchouc et une très-fine canule ;

4° L'injection intraveineuse de lait est infiniment plus aisée que la transfusion du sang ;

5° L'injection du lait est habituellement suivie d'un frisson et d'une forte et rapide élévation de température, puis tout se calme et l'amélioration se manifeste ;

6° On peut injecter du lait non-seulement en cas d'hémorrhagie grave, mais en cas de choléra asiatique, fièvre typhoïde, anémie pernicieuse ;

7° Il ne faut pas injecter à la fois plus de 8 onces de lait (256 gr.).

H. LEROUX.

A successful case of intravenous injection of milk (Un cas heureux d'injection intraveineuse de lait), par **BULLARD** (*New York Med. Journ., avril* 1878).

Il s'agit d'un homme de 28 ans, affecté d'un ulcère rond de l'estomac qui avait eu coup sur coup des hématémèses foudroyantes et était tombé dans un état grave d'anémie.

On injecta 7 onces (224 grammes) dans la veine céphalique du bras gauche.

Dès le lendemain il y avait une amélioration dans l'état général ; mais autour de la piqûre du bras il y avait une zone inflammatoire qui s'étendit peu à peu jusqu'à l'épaule : en même temps la fièvre augmentait ; les frissons se

succédèrent; la plaie laissait suinter un liquide ichoreux; il y avait là des menaces sérieuses de pyémie. Enfin le pus du phlegmon se collecta, et deux incisions amenèrent la chute de la fièvre.

Un mois après l'opération le malade avait repris toutes ses forces.

Le phlegmon a pu être provoqué par ce fait que la canule n'était pas entrée dans la veine du premier coup, mais avait passé dans le tissu cellulaire où s'était répandu un peu de lait. H. L.

Note sur les greffes dermo-épidermiques dans différentes races humaines, par MAUREL (*Soc. de Biol.; Gaz. méd., p.* 349, 1878).

Conclusions :

1° Le climat de la Guyane ne modifie, ni dans leur marche, ni dans leur efficacité, les greffes dermo-épidermiques;

2° Elles constituent un auxiliaire précieux pour la rapide cicatrisation des plaies et ulcères;

3° Les autogreffes ont le même résultat, quelle que soit l'espèce ou la race;

4° La peau de la race noire étant plus élastique et plus résistante expose le chirurgien à s'y reprendre plusieurs fois pour obtenir une greffe;

5° Il en a été de même des hétérogreffes, quelles que soient les combinaisons qu'on ait pu faire;

6° Pour que les greffes restent pigmentées, deux conditions sont indispensables : qu'elles soient prises et transplantées sur des sujets riches en pigment;

7° La pigmentation des jeunes cellules a lieu par une action de contact. Cette action s'épuise bientôt, et son champ ne dépasse pas, en général, cinq millimètres. L. G. R.

Carotid aneurism (Ligature of common carotid with chromic-acid-catgut; recovery (Anévrysme carotidien; ligature de la carotide primitive avec du catgut à l'acide chromique; guérison), par MACEWEN (*Brit. med. Journ., 7 septembre* 1878).

Il s'agit d'un malade admis le 1er juin dernier à l'infirmerie royale de Glasgow, avec un anévrysme de la carotide. Depuis huit mois, il souffrait de temps en temps de maux de gorge, de gêne de la déglutition et de douleurs dans l'oreille droite et la moitié droite du front. Sept semaines avant son admission à l'hôpital, il s'aperçut pour la première fois que son cou augmentait rapidement de volume.

En l'examinant on trouva, au niveau du côté droit du cou, une tumeur, dont le bord inférieur atteignait le niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde; de là elle remontait à 2 pouces plus haut, entre l'angle de la mâchoire et le sterno-mastoïdien. Transversalement, elle mesurait 2 pouces 1/2. Tous ses caractères étaient ceux d'un anévrysme de la bifurcation de la carotide, et les mouvements d'expansion étaient surtout marqués dans le pharynx. Le malade était un peu anémique, mais, à part cela, l'état général était satisfaisant.

Le 5 juin, M. Macewen lia la carotide primitive droite au niveau de l'omo-hyoïdien. L'opération ne présenta rien de particulier. Les battements cessèrent

aussitôt. On appliqua un pansement antiseptique, et le 10 juillet le malade sortait complétement guéri.

La ligature employée par M. Macewen était composée de catgut préparé dans une solution d'acide chromique et de glycérine : elle était de couleur noire, très-solide et très-flexible. Le nœud est aussi plus solide que celui que l'on fait avec des fils de soie cirés ; il n'a pas de tendance à glisser et n'est pas assez élastique pour céder aux pulsations carotidiennes. Des expériences ont prouvé qu'il conservait sa solidité pendant plus de quatre semaines. GASTON DECAISNE.

Spinal disease and spinal curvature; their treatment by suspension and the use of the plaster of Paris bandage (Du traitement du mal de Pott et de la scoliose par la suspension et le bandage plâtré), par Lewis A. SAYRE, de New York (1 *vol. in-8, Londres*, 1877 *et Archiv gén. de méd*, 1878).

Les appareils destinés à combattre la scoliose, quoique très-perfectionnés, laissent encore à désirer; ils sont généralement coûteux, exigent une surveillance presque constante et n'ont, pour la plupart, qu'une action indirecte sur le rachis, puisqu'ils agissent uniquement par l'intermédiaire des épaules qui peuvent se relever plus ou moins sans que la courbure du rachis soit aucunement modifiée.

Relativement au mal de Pott, dont la première condition de traitement doit être d'obtenir l'immobilité de la colonne vertébrale et d'éviter la pression réciproque des corps intervertébraux, deux méthodes sont en présence : dans l'une, on condamne les malades à un repos absolu, dans la situation horizontale pendant des mois, des années, avec ou sans appareil contentif; dans l'autre, on a recours à des appareils qui permettent bien aux malades de se lever, de marcher en plein air et de prendre un peu d'exercice, mais qui rendent l'immobilisation du rachis le plus souvent incomplète ou illusoire.

Le professeur Sayre (de New-York), vient de proposer une méthode de traitement qui paraît remplir tous les désidérata et qui a été appliquée dans plus de trois cents cas avec un succès constant.

Traitement du mal de Pott. — Il est basé sur ce fait intéressant que l'extension de la colonne vertébrale, obtenue soit par la traction en sens inverse des deux moitiés du corps, soit à l'aide de la suspension du sujet par les bras, modère la douleur, rend la respiration plus ample, plus large, plus facile et diminue la paralysie des membres inférieurs lorsqu'elle existe. Ces modifications dans les troubles fonctionnels s'expliquent par cette particularité que le redressement du rachis diminue la pression réciproque des surfaces osseuses malades et fait cesser ou atténue la douleur ainsi que les contractures réflexes résultant de cette pression anormale.

L'extension du rachis constitue donc la première indication à remplir. La seconde doit être de maintenir la réduction obtenue à l'aide d'un appareil agissant, non sur les épaules qui sont mobiles, mais sur le tronc lui-même.

L'extension s'obtient à l'aide d'un appareil spécial consistant en un arc de fer aux extrémités duquel sont fixées des courroies qui doivent sou-

lever le sujet en exerçant une traction sur les aisselles et sur la tête.

L'extension une fois obtenue, on la maintient au moyen d'un corset plâtré fait avec des bandes de mousseline de 2 à 3 mètres de long, sur 6 à 8 centimètres de large, et soigneusement imprégnées de plâtre fin et frais. Ces bandes, humectées d'eau, sont appliquées sur la peau préalablement recouverte d'une chemise, et garnissent la plus grande partie du tronc depuis le bassin jusqu'aux aisselles.

Pour renforcer ce corset, on place de chaque côté du corps, entre les tours de bandes, des lames de ferblanc étroites, minces et flexibles. Les parties saillantes (apophyses épineuses, épines iliaques antérieures et supérieures, etc.), doivent être protégées par de petits coussinets de coton ; il en est de même des parties molles plus ou moins enflammées et ulcérées. Le Dr Sayre recommande également de placer sur le ventre, entre l'abdomen et la peau, un petit coussin de coton ayant la forme d'un coin, dont le sommet est dirigé en bas; on doit l'enlever immédiatement avant que le plâtre ne prenne. Il a pour but de laisser après son ablation un espace vide pour l'expansion du ventre après le repas. Dans les cas où l'on aura affaire à une fille, surtout si les seins sont développés, on placera devant chacun d'eux un coussin qu'on aura soin d'enlever avant la dessication complète de l'appareil.

Ce corset sera appliqué pendant la période de suspension du sujet qui doit être enlevé doucement, lentement jusqu'à ce qu'il soit parfaitement à son aise et jamais au delà de ce point. Les bandelettes plâtrées sèchent assez vite pour qu'on puisse, au bout d'un temps très-court, enlever le malade de l'appareil à suspension et le coucher sur un matelas.

Lorsqu'il y a des abcès on doit établir des fenêtres pour l'écoulement du pus et les pansements.

Dans les cas où le mal a pour siége les vertèbres cervicales ou les premières dorsales, le Dr Sayre a recours à un appareil particulier consistant en deux pièces de fer malléable unies ensemble et dont la courbure s'adapte exactement à celle du dos; de leurs parties latérales partent trois lanières en ferblanc assez longues pour entourer latéralement le tronc; à la partie supérieure est fixée une tige métallique verticale et médiane, susceptible d'être allongée ou raccourcie à volonté, qui décrit une courbe au-dessus du sommet de la tête et supporte à son extrémité terminale un collier pour la tête et le menton. Cet appareil est appliqué sur le thorax entouré préalablement de quelques épaisseurs de bandes plâtrées et de telle façon que l'armature verticale et médiane se trouve sur le prolongement des apophyses épineuses; les bandelettes latérales sont appliquées sur le tronc et fixées à l'aide de nouvelles couches de bandes plâtrées. Une fois l'appareil sec, à l'aide d'un collier fixé à l'extrémité de la tige, on peut, en modifiant la longueur de celui-ci, opérer le redressement et l'immobilisation de la colonne cervico-dorsale.

L'appareil peut, sans inconvénient, rester deux ou trois mois en place sans qu'il soit nécessaire d'y toucher.

Le Dr Sayre recommande surtout de ne pas chercher à redresser complétement la courbure de la colonne vertébrale; l'extension ne doit pas avoir d'autre but que vaincre la contraction musculaire. Elle doit

être arrêtée dès que le malade accuse une sensation de bien-être et ne doit jamais aller au delà.

Il a vu disparaître, avec cet appareil, les phénomènes paralytiques, les douleurs, la dyspepsie et la toux dont les malades souffraient auparavant.

Traitement de la scoliose. — M. Sayre accepte, dans la pathogénie de la scoliose, la théorie musculaire et croit que les lésions osseuses ou articulaires, quand elles existent, sont toujours secondaires. Suivant lui, l'indication capitale est de supprimer le poids de la partie supérieure du rachis et de le transporter des corps vertébraux sur la totalité de la surface du tronc. Il la remplit à l'aide du corset plâtré et de la suspension du sujet pratiquée par lui-même. Le corset se fait et s'applique comme précédemment, pendant que le malade est suspendu. Quant à la suspension, on l'obtient au moyen d'un crochet fixé à la partie supérieure d'un trépied de dix pieds de haut; à ce crochet est suspendu, par des mouffles, un arc en fer portant à ses extrémités des courroies soutenant un collier pour la tête et le menton. Le malade devra apprendre à se suspendre lui-même et à faire pendant la suspension de profondes inspirations.

Une précaution indispensable consiste à maintenir les mains qui tirent sur la corde au-dessus de la tête : cette position, en effet, met en jeu les muscles du thorax et allége les ligaments du cou de la plus grande partie de la traction; si les mains étaient, au contraire, au-dessous du niveau de la tête, il y aurait à craindre pendant la suspension une distension trop forte des ligaments cervicaux et des accidents graves.

La suspension doit être pratiquée tous les jours une fois ou deux, et chaque fois pendant trois ou cinq minutes de la manière suivante : le malade tire lentement sur la corde attachée aux mouffles et se soulève jusqu'à ce que les orteils seuls touchent le sol; il se maintient aussi pendant qu'il fait trois inspirations profondes; puis se laisse ensuite retomber lentement; après quelques secondes de repos il répète cet exercice trois fois de suite.

Cette méthode de traitement, excellente dans le cas de scoliose peu avancée et sans déformation osseuse, est de l'aveu de l'auteur lui-même impuissante pour combattre les courbures rachidiennes très-accusées et compliquées de courbure des côtes. Tout autre traitement est d'ailleurs sans effet.

ARMAND B. PAULIER.

Sur un nouveau procédé de réduction des luxations traumatiques récentes, par BAZY (*France Médicale, p.* 89, 1878).

Le procédé de l'auteur se rapproche beaucoup de celui de MM. Anger et Legros. Il en est un perfectionnement dans ce sens que, tout en étant une méthode de douceur, le procédé d'Anger et Legros surprend le membre, pour ainsi dire, et exerce sur lui une traction subite.

Dans le procédé de M. Bazy, au contraire, on commence par fixer le malade aux bandes de caoutchouc, sans leur donner de tension. C'est ensuite le malade lui-même qu'on tire avec des mouffles. De cette manière, la tension des bandes de caoutchouc, et consécutivement des muscles du membre luxé, se fait très-lentement; il n'y a pas de réaction

de leur part. D'où, pour le malade, absence de douleur, de fatigue et de crainte et, pour le chirurgien, coaptation très-prompte.

Plus de quarante luxations de l'épaule ont été réduites par ce procédé, et l'auteur n'a pas encore éprouvé un seul insuccès. P. REGNARD.

Blutige Reposition einer veralteten irreponiblen Luxation des Oberarms (Réduction, par opération sanglante, d'une luxation ancienne, irréductible, de l'humérus), par H. BURCKHARDT (*Wurtemberg. med. Corresp. Bl.*, n° 4, 1878).

Le sujet de cette opération est une femme de 48 ans, atteinte de luxation scapulo-humérale, en bas et en avant, non réduite, datant de 7 mois, déterminant des douleurs violentes outre une incapacité fonctionnelle du membre. Une incision verticale de 13 centimètres est faite entre l'acromion et l'apophyse coracoïde, traversant toute l'épaisseur du deltoïde et mettant à nu la cavité glénoïdienne, recouverte de masse fibreuses ; la tête humérale, dépouillée de son cartilage et maintenue par des adhérences fibreuses, épaisses, est isolée; le périoste est décollé, avec les insertions musculaires, sur sa partie interne, la grosse tubérosité arrachée en partie. La réduction est effectuée; l'opération et la pansement ont lieu suivant la méthode antiseptique ; la plaie est guérie au bout d'un mois. Trois mois après l'opération, la malade peut élever le bras à 45°, porter la main sur la tête, sur l'épaule opposée, en arrière sur la crête iliaque opposée; la rotation en dehors est encore très-bornée. L'état général est fortement amélioré. H. THORENS.

De l'intervention chirurgicale dans les luxations compliquées du coude-pied, par G. POINSOT (*Paris, Delahaye, In-8*, 1877).

S'appuyant sur la définition anatomique du coude-pied, telle que l'a formulée Malgaigne, M. Poinsot étudie non-seulement les luxations tibio-tarsiennes mais aussi les déplacements proprement dits de l'astragale.

Ce travail, très-complet et très-intéressant se divise en 3 parties.

Dans la première partie, l'auteur fait l'historique de la question. La division en période ancienne, période intermédiaire, période contemporaine, lui permet d'exposer les influences diverses qui ont tour à tour porté les chirurgiens au sacrifice du membre ou aux tentatives de conservation.

La deuxième partie est subdivisée en 3 chapitres : Luxations tibio-tarsiennes, luxations de l'astragale, luxation complexes du cou de-pied. Pour chacune de ces lésions l'auteur étudie tour à tour les résultats fournis par les divers modes de traitement. Le nombre considérable des observations dépouillées donne à cette partie un intérêt des plus sérieux.

Mais, c'est surtout la troisième partie qui se recommande à la lecture. Non-seulement l'auteur compare entre eux les divers modes de traitement au point de vue de la vie du blessé, mais il expose, avec non moins de soin, la durée du traitement, le résultat final au point de vue de la marche et de la station, les accidents qui peuvent se montrer ultérieurement. Toutes ces données se suivent et s'enchaînent naturellement pour amener à des conclusions nettement formulées. M. Poinsot

est franchement conservateur ; il n'admet l'amputation immédiate que pour les cas où le broiement des parties molles et la déchirure des vaisseaux rendent la gangrène certaine. Quant à la méthode conservatrice, elle variera suivant l'articulation intéressée et suivant l'existence ou non de plaie. Pour la luxation tibio-tarsienne, on aura recours à la réduction soit simple soit aidée de la résection. Pour la luxation sous-astragalienne on devra, s'il n'y a pas de plaie, essayer la réduction et dans le cas où elle serait impossible, se borner à l'expectation. Si les téguments sont rompus et qu'on ne puisse réduire, on pratiquera la résection immédiate et totale de l'astragale. La luxation totale de l'astragale ne comporte, même lorsqu'elle est irréductible, aucune opération immédiate, à moins qu'il y ait une vaste plaie, auquel cas l'os déplacé devra être enlevé. V. CAMPENON.

Extreme genu valgum in both lower limbs ; subcutaneous division of the internal condyle of both femora; complete removal of the deformity (Double genou valgus très prononcé; section sous-cutanée des condyles internes du fémur ; guérison complète), par JORDAN (*The Lancet, vol. I, p.* 645, 1878).

Le malade, âgé de 20 ans, ne peut marcher qu'avec des béquilles. Les genoux se croisent dans la station verticale. On introduit un ténotome à 7 centimètres au-dessus du centre du condyle interne et on le conduit jusque entre les deux condyles. On passe une scie le long de l'incision et l'on détache le condyle interne. On peut alors redresser la jambe en refoulant en haut le condyle. Les suites de l'opération furent des plus simples : ni hémorrhagie, ni arthrite, ni fièvre. Six semaines après, la même opération fut pratiquée sur l'autre genou ; le résultat fut le même. — Quelques semaines plus tard on communiqua des mouvements ; le malade ne tarda pas à marcher; la rectitude était complète et se maintint. V. CAMPENON.

Subperiosteal excision of the entire scapula and head of the humerus; recovery (Résection sous-périostée de l'omoplate et de la tête de l'humérus ; guérison), par C. B. BRIGHAM (*Boston med. and surg. journ.*, 11 *avril* 1878).

M. Kahn, âgé de 35 ans, entra à l'hôpital français de San Francisco le 15 octobre 1877. Pendant le mois de mars de la même année il avait eu une *attaque de rhumatisme* (?) dans l'épaule droite. Deux petites incisions faites au-dessus de l'acromion livrèrent passage à une grande quantité de pus. De nouveaux abcès se formèrent et furent ouverts. Au moment de son entrée à l'hôpital le malade portait quatorze ouvertures fistuleuses au fond desquelles on trouvait l'os nécrosé. Suppuration abondante. Quelques années auparavant le malade avait reçu un coup violent à l'épaule droite. Le 23 octobre le malade ayant été éthérisé, on fit une incision longue de 4 pouces partant d'un point situé entre l'acromion et l'apophyse coracoïde. On divisa les tissus jusqu'à l'os, la tête de l'humérus fut mise à nu et excisée. En explorant le fond de la plaie avec le doigt on s'aperçut que la cavité glénoïde était malade. Toutes les portions de l'omoplate que l'on pouvait atteindre avec le doigt étaient nécrosées. On résolut d'exciser l'omoplate. On fit une nouvelle incision longue de sept pouces au niveau de l'épine de l'omoplate ; cette incision s'étendit au-dessus de l'épaule jusqu'à un pouce et demi de la première incision et parallèle à cette dernière. On détacha avec le doigt et une rugine

le deltoïde et les muscles situés au-dessous de l'épine de l'omoplate, puis la longue portion du biceps au niveau de son insertion supérieure et enfin les muscles situés au-dessus de l'épine. L'apophyse coracoïde ayant été mise à nu, on passa un lacet autour de sa base et autour de l'acromion et on fit basculer l'omoplate en haut et en dehors. On put alors atteindre sa face antérieure et détacher les muscles qui s'y insèrent.

L'os fut enlevé en entier et complétement dépourvu de son périoste. L'opération dura une heure et demie et grâce au manuel opératoire employé, fut accompagnée d'une hémorrhagie insignifiante. Les lèvres de la plaie furent réunies par quatre sutures et un tube à drainage fut placé dans chacune des incisions.

Les suites de l'opération furent heureuses. Quelques portions d'os nécrosé furent éliminées de temps en temps. Le malade put être considéré guéri le 1er janvier 1878. Maintenant la difformité est peu marquée. Le malade peut porter sa main droite à l'épaule gauche et le bras droit en avant et en arrière dans une étendue d'un pouce dans chaque sens. Il se sert de sa main droite pour écrire, manger et exécuter les mouvements les plus usuels.

Ce travail est accompagné de photographies des os excisés et du malade après l'opération. J.-B. H.

Total exstirpation des Schulterblatts mit gleichzeitiger Decapitatio Humeri (Résection totale de l'omoplate et de la tête de l'humérus), par W. ORLOWSKI (*Centralbl. f. Chir.*, *n*° 28, 1878).

Un homme de 25 ans, entre à l'hôpital de l'Enfant-Jésus de Varsovie, dans un état de marasme avancé, pour une ostéo-périostite suppurée de l'omoplate et arthrite purulente scapulo-humérale. Orlowski se décida à pratiquer la résection des parties malades. Une incision en T, l'une des branches suivant l'épine de l'omoplate, l'autre son axe vertical, permit d'enlever cet os, après décollement du périoste et des parties molles ; ce décollement s'opéra avec facilité, sauf au niveau de l'apophyse coracoïde. Les ligaments de l'articulation scapulo-humérale étaient détruits ; la tête humérale était dépourvue de cartilages, profondément cariée ; on en pratiqua la résection au col chirurgical. Il n'y eut qu'une perte de sang très-faible ; le pansement de Lister fut appliqué, mais dut être enlevé, 18 heures après, pour une hémorrhagie assez abondante, provenant d'une branche de la sous-scapulaire, qu'il fallut lier.

L'état général du malade se releva rapidement, et au bout de deux mois, la plaie était fermée, sauf deux fistules qui ne purent être taries. Au bout de 4 mois, il y avait régénération osseuse de toute la partie sous-épineuse de l'omoplate. Les mouvements actifs du bras sont impossibles. 14 mois après l'opération, le malade est encore en vie, mais porteur de fistules intarissables, et dans un état de santé général assez mauvais. H. THORENS.

La résection du genou au VIIe congrès de la société allemande de chirurgie, 11 avril 1878, LANGENBECK, HUETER, KŒHLER, SCHEDE, KOENIG, PETERSEN, RIEDINGER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n*° 18, *pg* 259, 6 *mai* 1878).

Langenbeck présente d'abord une fillette de 3 ans qu'il a opérée de la façon suivante, il y a un an : incision curviligne au côté interne, extirpation de la capsule articulaire avec la bourse du triceps, ablation par la scie de la facette articulaire de la rotule. L'accroissement du membre

réséqué a peu souffert de l'opération, car le raccourcissement n'est que d'un demi-centimètre. Langenbeck est grand partisan de l'incision interne arquée qui lui a toujours donné de très-bons résultats, en permettant de conserver une articulation douée de mouvements, et en facilitant en outre l'enlèvement du cul-de-sac de la synoviale, ce qui serait beaucoup plus difficile avec le procédé proposé par Volkmann de scier la rotule en travers. Le but final de Langenbeck est toujours d'obtenir une jointure mobile, parce que l'ankylose nuit à l'accroissement longitudinal. En appliquant le pansement, il soumet le membre à l'extension, de sorte qu'il reste un intervalle entre les os sciés; puis il referme par des points de suture la plaie, sauf au niveau du tube à drainage.

Hueter préfère actuellement le lambeau cutané antérieur. Il faut, selon lui, examiner tout l'intérieur de l'article afin non-seulement de couper les cartilages articulaires, mais encore d'aller à la recherche et de gratter les foyers de carie du tibia qui sont fréquemment le point de départ de tout le processus. En même temps, Hueter draîne le tibia dont il ouvre la face antérieure au moyen du perforateur américain. Ensuite il excise la rotule en prenant soin de détacher obliquement le ligament rotulien pour en permettre la réunion par première intention et pour conserver intact l'appareil musculo-moteur. Sur 5 opérations de ce genre qu'il a faites récemment, 3 fois il a obtenu une mobilité convenable.

Kœhler, sur 25 résections du genou qu'il a exécutées, ne compte que 3 morts, toutes survenues avec le pansement antiseptique, car il n'a perdu aucun opéré traité à ciel ouvert. Malgré la conservation des cartilages épiphysaires, il lui est arrivé de constater encore un raccourcissement secondaire au bout de plusieurs années ; il n'est pas d'avis pour le traitement consécutif de mettre le membre dans une légère flexion, car cette position obligerait le patient à porter des appareils pendant nombre d'années. Il croit comme Hueter, que la méthode antiseptique favorise davantage la formation de jointures mobiles et vu la nécessité d'obtenir une articulation ankylosée, il recommande de préférence le pansement à ciel ouvert.

Schede, pensant que la jointure mobile obtenue par l'application du pansement antiseptique exige l'intégrité de l'appareil extenseur, intégrité qui fait défaut lorsque le ligament rotulien a été incisé transversalement, plaide en faveur de l'incision longitudinale de Langenbeck contre le procédé de Volkmann. Schede pratique la suture des os sciés à l'aide de catgut ou de fils d'argent ; néanmoins il n'a jamais obtenu ainsi une ankylose osseuse.

Kœnig croit que la mobilité de la jointure n'a rien à voir avec la cicatrisation du ligament rotulien. Dans le traitement secondaire, il suit rigoureusement les préceptes de la méthode antiseptique et réunit aussi les os à l'aide de fil d'argent, tout en reconnaissant que l'extraction de ce dernier présente parfois des difficultés. Lorsque le cartilage épiphysaire a été conservé, même au bout de 8 ou 9 ans, il n'a constaté aucun raccourcissement mais seulement une flexion du membre tenant à une ankylose osseuse en apparence, et cartilagineuse en fait. Du reste on peut utiliser, pour compenser le raccourcissement, l'allongement anormal du condyle fémoral externe qui se produit lors de la flexion de la jambe en

dehors. Kœnig a pour fin d'obtenir une jointure ankylosée et non mobile; comme méthode opératoire, il se sert de l'incision transversale.

Petersen a trouvé dans une désarticulation faite il y a 3 ans avec conservation du cartilage épiphysaire, un allongement de 3 centimètres, bien que le genou loin d'être droit formât un angle de 150 à 160°.

Dans un cas, Riedinger a conservé la rotule après l'avoir avivée ainsi que les faces antérieures du fémur et du tibia au moyen de quelques traits de scie; puis il a fixé la rotule au tibia à l'aide de pointes. J. B.

Subcutaneous division of the Neck of the Thigh-Bone (Résection sous-cutanée du col du fémur), par William ADAMS (*Brit. med. Journ.*, 24 *août* 1878).

Le malade qui fait le sujet de cette observation a été présenté par M. Adams au dernier congrès de l'*Association médicale britannique*. Il a été opéré en 1869 à l'âge de 24 ans. L'affection dont il était alors atteint était une ankylose osseuse de la hanche droite, avec déviation du membre dans la flexion et l'abduction, à ce point que le talon du pied droit venait s'appliquer sur la partie supérieure du genou gauche. Il y avait donc là un membre absolument hors d'état de rendre le moindre service; la marche ne pouvait s'effectuer qu'à l'aide de deux béquilles ou d'une béquille et d'un bâton. Il existait en même temps une ankylose d'un certain nombre des articulations vertébrales. Grâce à la résection sous-cutanée du col fémoral, le membre est bientôt redevenu fort et vigoureux; aujourd'hui le malade est en état de faire à pied plusieurs milles sans fatigue et de porter des fardeaux: il n'a plus besoin ni de béquilles ni de bâton. M. Adams, qui s'est livré à des recherches statistiques au sujet de cette opération, a trouvé qu'elle avait été pratiquée trente-trois fois. Les résultats ont été favorables, à l'exception de trois cas où les malades ont succombé à la pyohémie et à des suppurations profondes prolongées. En général, les plaies ont guéri comme des plaies de ténotomie, sans suppuration ni aucun trouble local. GASTON DECAISNE.

On the excision of the phalangeal joints (Sur la résection des articulations des phalanges), par PRIDEAUX (*The Lancet, vol. II, p.* 290, 1878).

Les auteurs ne signalent que deux modes de traitement applicables aux arthrites des doigts : l'amputation ou l'expectation. L'amputation est chose pénible, mais elle est préférable à l'expectation qui condamne le membre à de longs mois de repos pour aboutir en définitive à un doigt raide, souvent difforme, qui est une gêne véritable. La résection convient très-bien à la plupart des cas. Une incision longitudinale dorsale amène sur le tendon extenseur qu'on écarte; les os sont coupés avec la pince de Liston, en évitant, autant que possible de léser le tendon fléchisseur. La plaie est réunie par des points de suture, excepté à l'une de ses extrémités où l'on a placé un tube à drainage. A partir du dixième jour, on commence à imprimer au doigt des mouvements passifs. Au bout d'un mois, six semaines, la guérison complète est obtenue et le doigt a son jeu normal. — Suit une observation de résection de l'articulation de la

première avec la seconde phalange pour arthrite fongueuse avec carie; succès complet. V. CAMPENON.

La désarticulation du genou au VIIe congrès de la Société allemande de chirurgie, 11 avril 1878, von LANGENBECK, UHDE, LUECKE, SCHEDE, RIEDINGER ROSER, etc. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 18, *pg.* 259, 6 *mai* 1878).

Langenbeck, en présentant deux opérés de désarticulation du genou, recommande cette dernière au lieu et place de l'amputation fémorale, car, depuis les nouvelles méthodes de pansement des plaies, la désarticulation est beaucoup moins dangereuse. D'après lui, elle se trouve indiquée d'une part lorsque l'article est détruit complétement ou partiellement, d'autre part lorsque la jointure étant intacte, la jambe est lésée. Dans le premier cas, le membre étant fortement fléchi et porté en arrière, on enlève simplement la face articulaire du tibia en ouvrant à peine l'articulation. Depuis 1851 Langenbeck a pratiqué 3 fois cette opération avec lambeau cutané antérieur ; elle a toujours été suivie d'une entière guérison. — La désarticulation du genou sain est plus dangereuse ; Langenbeck l'a exécutée 7 fois depuis 1871 : 2 fois elle a été suivie de mort, chez un patient atteint d'infection purulente antérieurement à l'opération et chez un dément paralytique très-agité. Il désire savoir si dans ce cas, ses collègues sont d'avis de conserver la rotule. Il préconiserait peut-être aussi la désarticulation du genou au lieu de l'amputation de jambe à la partie supérieure pourvu qu'en place de la jambe de bois, l'opéré pût porter une bottine artificielle. — Le lambeau antérieur que Langenbeck préfère doit seulement être taillé assez grand parce que la réunion par première intention est souvent troublée par les contractions musculaires qui tiennent plutôt aux fléchisseurs qu'au triceps. Pour faciliter l'accolement du lambeau antérieur, il fait une incision postérieure oblique mais point de lambeau postérieur où les parties molles n'auraient aucune immobilité. Il n'a jamais encore observé de sphacèle du lambeau.

Uhde a pratiqué 12 désarticulations de genou et n'a perdu qu'un ou deux malades. Il préconise l'incision circulaire en manchette, en entonnoir, de Velpeau avec abandon de la rotule.

Luecke qui a noté deux cas de gangrène du lambeau antérieur se demande si on pourrait l'éviter en laissant la rotule, ou bien s'il faut recourir à une autre méthode.

Schede qui a présenté deux sujets auxquels il a fait subir la désarticulation du genou, estime que la méthode antiseptique, assure à cette opération les avantages de la réunion immédiate et qu'à l'inverse de l'amputation fémorale, la désarticulation n'est presque jamais suivie d'atrophie du moignon d'os; quant à ce qui concerne l'extirpation totale de la capsule avec la rotule, Schede n'attache pas beaucoup d'importance à laisser la synoviale, mais il ne voit aucune raison d'enlever la rotule. La mortalité de la désarticulation du genou s'améliore d'année en année ; d'après Andrews, de Chicago, elle n'est maintenant pas supérieure à celle de l'amputation condylienne tandis qu'autre fois elle était de 6 0/0 plus considérable.

Riedinger a vu survenir, dans ses deux dernières désarticulations de

Wurzbourg, le sphacèle du lambeau ; une fois, c'était chez une magnifique fillette de 10 ans.

Roser a pratiqué 4 désarticulations du genou, toutes suivies de guérison. J. B.

Clinical lecture on osteo-sarcoma (Leçon sur l'ostéo-sarcome à propos d'une tumeur de l'omoplate), par CH. MACNAMARA (*The Lancet, vol. I, p.* 669, 1878).

Jeune femme de 24 ans, mère de quatre enfants bien portants dont le plus jeune n'a que deux mois; pas d'antécédents héréditaires. Il y a quatre ans, sensation d'engourdissement dans l'épaule droite ; peu à peu apparurent de véritables douleurs; en même temps la région de l'omoplate devenait le siége d'un gonflement qui n'a cessé d'augmenter.

État à l'entrée : La région scapulaire droite est le siége d'une tumeur volumineuse (tête d'enfant) qui s'avance en avant sous la moitié externe de la clavicule et se prolonge dans l'aisselle jusqu'au contact du grand pectoral; elle englobe l'articulation scapulo-humérale qui parait saine cependant. Tumeur bosselée, faisant corps avec l'omoplate, non adhérente à la peau dans sa plus grande étendue ; deux points cependant sont rouges, tendus, adhérents ; fluctuation à leur niveau. Phénomènes de compression très-marqués sur le paquet vasculo-nerveux : pouls presque insensible, œdème, douleurs atroces qui résistent à tous les anesthésiques. Etat général bon ; facies fatigué, mais non cachectique ; pas de ganglions appréciables.

Opération. — On fait l'ablation de l'omoplate, de la moitié externe de la clavicule et du bras. On avait espéré mettre la sous-clavière à nu par la section de la clavicule et en faire la ligature préalable, mais elle était englobée par le néoplasme. On dut passer outre. La malade perdit beaucoup de sang et succomba le lendemain aux suites de cette hémorrhagie primitive.

L'opération était rendue nécessaire par les douleurs atroces et par le développement progressif. On ne pouvait songer à conserver le bras; on se serait exposé à une récidive rapide et l'on eut rendu l'opération très-laborieuse et très-difficile. L'hémorrhagie est la complication la plus grave, il faut toujours chercher à lier la sous-clavière dès le début de l'opération en s'aidant de la section de la clavicule ou au besoin de sa résection partielle. Les résultats de l'opération sont loin d'être aussi graves qu'on pourrait le croire : sur 13 cas connus de l'auteur, 11 opérés vivaient encore six mois après, 2 avaient succombé à l'hémorrhagie. L'ostéo-sarcome d'ailleurs doit à son origine (aux dépens des cellules rondes de la moelle) de ne pas avoir de tendance à se généraliser ; il ne se multipliera que là où il trouvera des cellules analogues. Les récidives de l'ostéo-sarcome sont fréquentes, mais non constantes ; sa généralisation ne saurait être niée, mais elle est rare; il faut l'attribuer aux sinus veineux si nombreux dans les os. V. CAMPENON.

Zur Radicalheilung von Hernien (De la cure radicale des hernies avec présentation d'un opéré), par DOUTRELEPONT. Société bas-rhénane des sciences naturelles et médicales de Bonn, 21 janvier 1878. (*Berlin. klin. Wochens., n° 14, p.* 199, 8 *avril* 1878).

Ouvrier de 22 ans, ayant une hernie inguinale externe droite, du volume

d'un gros œuf d'oie, réductible mais que le bandage ne peut contenir ; deux doigts pénètrent aisément dans l'anneau herniaire. Le patient réclame énergiquement une opération qu'on ne pratique qu'après avoir essayé infructueusement les laxatifs, le repos horizontal et un bandage, comme moyens contentifs, et après avoir averti le malade des dangers de l'opération.

Les téguments incisés, le sac herniaire est découvert et on essaie de l'isoler de toute part; mais on doit renoncer à l'extirper en totalité, parce qu'en arrière et en bas, il a contracté des adhérences très-résistantes avec le cordon spermatique et avec les tuniques du testicule. Le collet du sac, une fois décollé de l'anneau et attiré le plus possible hors du canal inguinal, est lié avec un gros fil de catgut, après qu'on se fût assuré que tout le contenu du sac était réduit. Puis on fendit le sac herniaire et on en excisa toute la portion des parois antérieures non adhérentes au voisinage. Au-dessous de la ligature, on plaça de chaque côté, 3 sutures de catgut pour réunir à la peau la partie du sac laissée; un tube à drainage fut introduit dans la portion inférieure du sac herniaire et les téguments furent suturés avec du catgut.

La fièvre resta très-modérée ; elle atteignit son maximum (38°, 8) le deuxième jour au soir ; aucune douleur de ventre. Au second renouvellement du pansement, on reconnut que le tronçon du sac suturé avec les téguments était en train de se gangrener, mais sans donner lieu à aucun symptôme.

Après six pansements, le vingt-quatrième jour qui suivit l'opération, le malade put se lever muni d'un bandage.

Cette opération a été exécutée selon la méthode antiseptique de Lister (*R. S. M.*, IX, 674). J. B.

Intestinal obstruction; right inguinal colotomy (Obstruction intestinale, colotomie inguinale droite), par SILVER et BARWELL (*Med. Times and Gazette, vol. I, p.* 476, 1878).

Antécédents. — Homme de 42 ans, bien constitué, sans maladie antérieure autre que la syphilis, mais sujet depuis quelques années à des douleurs vagues dans la région épigastrique ; d'ailleurs ni vomissements, ni troubles intestinaux ; pas de diarrhée, pas de constipation, pas d'écoulement anormal par l'anus, pas de modification dans les formes ou le calibre des selles.

2 *février* 1878. — Diarrhée qui dure deux jours. Puis tout à coup (le 4), constipation absolue avec suppression de tout gaz et de toutes matières par l'anus.

12 *février.* — Entrée du malade à l'hôpital. Facies anxieux, douleurs vagues et profondes de la région épigastrique. Pouls fréquent, mais régulier et plein. — Le ventre est ballonné mais inégalement. Le tympanisme et la tension existent surtout dans le flanc droit. La main, posée à plat, sent des mouvements vermiculaires très-prononcés de l'intestin grêle. Pas de hernie, pas de rétrécissement du rectum, pas de tumeur appréciable dans l'abdomen.

13 *février.* — Même état général, mais il y a eu plusieurs vomissements formés d'un mélange de bile et de mucus intestinal.

14 *février.* — On introduit dans le rectum une longue canule d'O'Beirne et l'on administre un lavement ; mais le liquide s'écoule de suite et n'est même pas coloré.

15 *février.*— Prostration, pouls à 150. Tympanisme extrême. Nouvelle tentative, tout aussi inutile que la première, d'injection profonde. Une ponction du côlon descendant ne donne issue à rien ; une ponction du côlon transverse laisse échapper un peu de gaz.

16 *février.* — Le malade est très-mal. On se décide à opérer. La forme primitive du ventre, la sonorité extrême du flanc droit, l'impossibilité de faire pénétrer un lavement au delà de la première portion du gros intestin font admettre l'existence probable d'une obstruction du colon transverse ou du côlon ascendant à sa partie supérieure. Dans le but de rechercher l'obstacle, s'il est possible, ou de créer un anus dans la région cœcale on fit, à partir de 2 centimètres en dedans de l'épine iliaque, une incision longitudinale, parallèle à la ligne blanche. Arrivé dans la cavité péritonéale on constate la présence de liquide fibrineux louche et un état de congestion générale ; anus contre nature aux dépens du cœcum ; issue de gaz et de matières.

17 *février.* — Très-soulagé d'abord par l'opération qui avait ramené le pouls à 90, le malade ne tarde pas s'affaiblir ; le pouls devient filiforme, irrégulier ; et la mort survient.

Autopsie. — Péritonite générale avec adhérences et fausses membranes. Sur le côlon transverse près de son extrémité splénique, existe un rétrécissement, d'une longueur de 18 millimètres, admettant à peine un fin stylet. Par une section longitudinale on reconnaît que la muqueuse est saine, mais que le péritoine, le tissu sous-péritonéal et la couche musculaire sont infiltrés d'un exsudat inflammatoire solide (*firmly inflammatory tissue*). Le travail phlegmasique paraît être de date assez récente, car il suffit d'une traction modérée pour rendre aux tissus leur longueur presque normale.

V. CAMPENON.

Note sur l'entérotomie, avec une observation à l'appui, par SURMAY (*Bullet. de l'Ac. de méd., 2e série, tome VII, n° 33*).

L'auteur insiste sur ce que la digestion ne se fait qu'en partie dans l'estomac, et que les liquides qui se déversent dans l'intestin grêle y prennent une part extrêmement large. Il en conclut que, si le pylore est devenu infranchissable, il sera possible de soutenir la nutrition en introduisant les matières alimentaires dans l'intestin grêle.

La portion de l'intestin grêle choisie par M. Surmay est le jéjunum à sa naissance, parce qu'il est fixe, qu'on peut toujours l'atteindre et que les aliments introduits à ce niveau sont à portée de subir l'action des liquides pancréatique et biliaire, et ont ensuite un parcours intestinal suffisant à leur élaboration et à leur absorption.

Voici, en quelques mots, le manuel opératoire mis en pratique par M. Surmay chez un de ses malades.

A un centimètre en dedans de l'extrémité antérieure de la quatrième fausse côte gauche, en comptant de bas en haut, on fait une incision de 5 à 6 centimètres, de manière que le milieu de l'incision corresponde à l'extrémité de cette côte. Le péritoine ouvert, on relève l'épiploon et l'on aperçoit alors le côlon transverse et au-dessous l'intestin grêle. Entre les deux on enfonce l'indicateur perpendiculairement jusqu'à la colonne vertébrale, et l'on reconnaît l'extrémité gauche du pancréas. A gauche de cette extrémité, et comme y faisant suite, on sent un intestin à direction transversale qu'on accroche et attire au dehors. S'il se laisse attirer par un bout, tandis que l'autre reste fixe, c'est le jéjunum à sa naissance. S'il se laisse attirer par les deux bouts, c'est une portion plus éloignée, et il faut l'abandonner pour faire une nouvelle recherche. La portion désirée une fois saisie, on l'attire au dehors, on la fixe par des points de

suture à fil séparé et on l'ouvre dans une étendue de deux centimètres environ. Une sonde munie d'un fosset permet d'y injecter les matières appropriées.

La malade de M. Surmay n'a survécu que trente heures à l'opération : mais, à l'autopsie, on a retrouvé dans le gros intestin des matières jaunes, liquides, mêlées de grumeaux blancs de lait coagulé. Ce résidu de digestion, qui ne pouvait provenir que du lait injecté par la fistule, indique bien qu'il y avait eu absorption et par conséquent nutrition, bien qu'un *rétrécissement cancéreux complet* du pylore eût réduit absolument à néant le rôle de l'estomac. GASTON DECAISNE.

A case of Rapid Hypertrophy of the spleen. Excision (Cas d'hypertrophie splénique rapide. Excision), par H. L. BROWNE (*The Lancet, p.* 310, 1er *septembre* 1877).

Agé de vingt ans, le patient dont il s'agit présentait les signes de la leucocythémie. Sa rate était énorme, son ventre distendu par une ascite abondante, et ses membres inférieurs œdématiés. Les purgatifs associés aux diurétiques, plus tard l'iodure de potassium, le phosphore et l'application d'un onguent iodé sur le ventre, semblèrent d'abord déterminer une grande amélioration dans l'état général, sans toutefois réduire le volume de la tumeur; mais bientôt le mal s'aggrava de nouveau, la rate augmenta encore de volume, et, comme il n'y avait pas d'autre affection apparente que celle de la rate, les autres glandes étant saines, Browne crut pouvoir tenter la splénotomie, d'autant que le malade était évidemment perdu à bref délai si l'on n'essayait rien pour le sauver. L'opération fut faite sans qu'il survînt d'hémorrhagie ni d'accident quelconque, et le patient sortit sans peine du sommeil chloroformique, mais pour mourir subitement cinq heures après. L'examen de la rate n'y révéla qu'une hypertrophie simple; cet organe pesait 18 livres 1/2. La maladie avait duré, en totalité, seulement un peu plus de six mois. P. GINGEOT

Deux observations de distension forcée d'un nerf, par Thomas MORTON, relatées par W. COX (*The American Journal of medical sciences, janvier* 1878).

I. — Une dame se blesse au poignet avec des ciseaux ; la plaie est très-douloureuse et les douleurs s'irradient dans les doigts et remontent jusqu'à l'épaule. Tous les traitements étant restés impuissants à calmer ces douleurs, Morton incise la cicatrice, découvre le nerf cubital, qui est d'apparence saine et en pratique l'extension. Les douleurs disparaissent; il ne subsiste que quelques fourmillements dans les doigts pendant le premier mois; la guérison est complète.

II.— Un homme en 1866, tombe sur le nez, d'une hauteur de 25 pieds. Il est atteint de paralysie qui ne se dissipe qu'au bout de six mois, à la suite d'une attaque violente de rhumatisme articulaire, il survient une névralgie intense siégeant dans la plante du pied gauche. La résection de plusieurs branches des nerfs plantaires amène une guérison qui se maintient pendant sept ans.

En 1874, la névralgie reparaît dans le gros orteil et remonte jusqu'à la jambe. Morton mit à nu le sciatique poplité interne au milieu de la jambe et en pratiqua l'extension forcée. Mais les douleurs reparurent bientôt et ne cessèrent qu'à la suite de la résection de 2 pouces du sciatique poplité externe. H. THORENS.

Kyste du cou à contenu huileux. Guérison par une injection d'alcool pur après évacuation partielle du contenu au moyen d'une aiguille capillaire. Remarques sur la nature de ce kyste et sur le traitement de diverses collections, liquides par l'injection d'alcool pur, par MALHERBE (*Société de chir., p.* 257, *tome IV*).

Le liquide avait l'aspect d'une huile un peu pâle; il graissait les doigts et tachait le papier. Il ne contenait aucun élément anatomique; sa composition était très-simple: près de 90 0/0 d'oléine, près de 10 0/0 de palmitine, un peu de chlorure de sodium et d'oxyde de fer.

Il s'agit d'un kyste analogue à ceux que Verneuil a signalés à la *Société de chirurgie* (*R. S. M.*, X, p. 256); mais il en diffère par le siége, puisque ces derniers siégeaient au grand angle de l'œil. Le fait de Malherbe serait donc le septième cas de kyste huileux publié en France, et le premier observé dans la région sous-maxillaire.

Conclusion. — 1° Il peut exister sous l'angle de la mâchoire des kystes huileux analogues aux kystes prélacrymaux de Verneuil;

2° Ces kystes sont très-probablement congénitaux et doivent être rangés près des kystes dermoïdes;

3° On peut les guérir en vidant la poche avec une aiguille capillaire, et en y injectant quelques grammes d'alcool à 90°;

4° Cette opération réussit également bien dans l'hydrocèle de la tunique vaginale (traitement de Monod);

5° Vu son innocuité, il y aurait lieu de l'essayer pour combattre divers épanchements pathologiques. L. G. R.

On the Use of the Aspirator in Hepatic Abscess (De l'emploi de l'aspirateur dans les abcès du foie), par E. H. CONDON (*The Lancet*, 18 *et* 25 *août et* 1er *septembre* 1877, *p.* 234, 273 *et* 305).

Ce travail contient douze observations accompagnées de remarques. La relation de ces cas tend à mettre en lumière les difficultés et les avantages de l'emploi de l'aspirateur chez les sujets atteints d'abcès du foie, et paraît démontrer la parfaite innocuité de l'exploration de cet organe au moyen de l'aiguille. C'est aux Indes-Orientales que les faits ont été recueillis, contrée particulièrement fertile, comme on le sait, en hépatites suppuratives. Sur les 5 patients qui ont succombé, 4 étaient mourants lorsqu'appel a été fait au médecin en leur faveur, et l'opération entreprise en tant que ressource ultime, a du moins prolongé leur vie et diminué leurs souffrances. Plusieurs fois l'exploration ne fit découvrir aucun abcès, et, dans un cas, l'affection hépatique était fort douteuse; mais, suivant l'auteur anglais, ces exemples sont très-instructifs justement parce qu'ils prouvent à quel point le foie, lésé ou non, tolère aisément l'introduction de l'aiguille aspiratrice : les inconvénients se réduisent, en effet, à une sensation assez pénible de piqûre au moment où la peau et les muscles sont traversés; quant à la ponction de la glande, elle n'éveille aucune douleur. Au nombre des cas heureux, il en est quelques-uns dans lesquels la ponction ne donna issue à aucun liquide, ce qui ne l'empêcha pas d'être le point de départ du changement favorable.

P. GINGEOT.

Opération de fistule vésico-vaginale, par ROGOWICZ (*Medycyna*, 1878, n° 5 (en polonais). — *Centralbl. f. Chir.*, 1878, n° 24).

Cette opération de fistule vésico-vaginale présente comme particularité intéressante le fait d'une hémorrhagie vésicale se montrant immédiatement après l'opération ; la vessie est distendue, remplie de caillots ; la dilatation de l'urèthre permet de les retirer, mais l'hémorrhagie n'en persiste pas moins. Le 4e jour, Rogowicz enlève les sutures métalliques ; et aussitôt l'hémorrhagie s'arrête ; la réunion a eu lieu par première intention.

L'auteur suppose qu'un des fils d'argent avait été passé au travers d'une artériole et en avait empêché la rétraction. H. THORENS.

Extensive burns, tetanus; cure (Brûlures étendues, tétanos; guérison), par POOLEY (*New York med. Journ.*, 7 *septembre* 1878).

R.., âgé de 21 ans, tombe dans une chaudière pleine de sucre bouillant, et se brûle les jambes, le pénis, le scrotum, une partie du dos, des flancs et du ventre. Ces brûlures très-étendues suppurent abondamment et on constate que de plus les tissus ont été profondément atteints ; après une période d'abattement profond, le malade reprenait des forces et la cicatrisation commençait :

Quand le 15 septembre, un mois après l'accident, on remarqua un peu d'excitation, de l'insomnie, et des contractions spasmodiques des muscles de la face et de la mâchoire, ainsi qu'un léger trismus. Bientôt les contractions soudaines, pénibles, envahissent les membres. On lui fait prendre 10 gouttes de teinture saturée de fève de Calabar toutes les heures. Le 16, il prend 25 gouttes par heure ; le 17, 30 gouttes ; à ce médicament s'ajoute du chloral ; le 18, le malade a pu dormir, et pendant son sommeil, il n'y a pas eu de manifestations tétaniques.

19 *et* 20 *septembre*. — Bains d'une heure et demie, teinture de Calabar, 10 gouttes par heure. Le tétanos paraît diminuer. Le 26 septembre, le malade n'a plus que de loin en loin quelques spasmes.

Le 29 attaque subite de tétanos avec opisthotonos durant 15 minutes ; il prend 45 gouttes de teinture de Calabar toutes les 2 heures.

Le 1er octobre, spasme violent durant 2 heures, 60 gouttes de teinture de Calabar chaque heure.

A partir du 4 octobre les spasmes disparurent.

L'auteur voit dans la fève de Calabar le remède physiologique du tétanos ; administré largement, il faisait disparaître les spasmes ; suspendu trop tôt, ceux-ci reparaissaient. H. L.

REVUE GÉNÉRALE.

DES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES CORTICALES,

par H. RENDU (1).

Consulter dans la *Revue* les articles suivants :

HAMMOND, *VIII*, p. 48. — EULENBURG et LANDOIS, *VIII*, p. 49. — LANDOUZY, *VIII*, p. 186.—BROCA, DE LA FOULHOUZE, HEFTLER, W. TURNER, FÉRÉ, PARIS *IX*, p. 1. — GOLTZ et GERGENS, *IX*, p. 32. — BOCHEFONTAINE, *IX*, p. 35, 36, 474. — ALBERTONI, *X*, p. 24. — EULENBURG et LANDOIS, *X*, p. 437. MUNK, *XI*, p. 33. — LUSSANA et LEMOIGNE, *XI*, p. 81. — KUESSNER, *XII*, p. 103. — LÉPINE, *XII*, p. 173. — BEVAN LEWIS, *XII*, p. 405. — BROWN-SÉQUARD, *XII*, p. 407. — PIERRET, p. 428. — PITRES, *XII*, p. 461. — BOCHEFONTAINE et VIEL, *XII*, p. 482.

Consulter encore les travaux suivants :

LES FONCTIONS DU CERVEAU, par **David Ferrier** (*1 vol. in-8°, chez G. Baillière* 1878). — DES LOCALISATIONS DANS LES MALADIES CÉRÉBRALES, **par J. Grasset** (*In-8°, Paris, chez Delahaye*, 1878). — UNTERSUCHUNGEN ÜBER DAS GEHIRN, **par Hitzig** (*Volkmann's klin. Vortr.*, p. 970; *Anal. in Revue mensuelle*, 1877, p. 886). — FAITS RELATIFS A L'ÉTUDE DES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES, **par Pitres** (*Gaz. méd.*, n°s 40, 42, 1876).— CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LOCALISATIONS DANS L'ÉCORCE DES HÉMISPHÈRES DU CERVEAU : OBSERVATIONS RELATIVES AUX PARALYSIES ET AUX CONVULSIONS D'ORIGINE CÉRÉBRALE, **par Charcot et Pitres** (*Revue mensuelle de méd.*, 1877, n°s 1, 2, 3, 5, 6). — DES ERREURS QUI ONT PU ÈTRE COMMISES DANS LES EXPÉRIENCES PHYSIOLOGIQUES PAR L'EMPLOI DE L'ELECTRICITÉ, **par Onimus** (*Gaz. hebd.*, 1877, n° 11, p. 161). — LE LOCALIZZAZIONI MOTRICI NELLA CORTEGGIA CEREBRALE, **par Dario Maragliano** (*Reggio Emilia*, 1878). — *Extrait de Rivista sperim. di Freniatria*, 1878. — CASI PATHOLOGICI ATTINENTI ALLA CONTROVERZA DEI CENTRI MOTORI, **par Morelli** (*Lo Sperim.*, 1878). — RECHERCHES CLINIQUES SUR LES CENTRES MOTEURS DES MEMBRES, **par Bourdon** (*Mém. Acad. méd.*, octobre 1877). — LEÇONS SUR LES LOCALISATIONS DANS LES MALADIES DU CERVEAU, **par J.-M. Charcot** (*Progrès médical*, 1876, 1 *vol. Delahaye*, 1876). — KLINISCHE MITTHEILUNGEN UND BEOBACHT. ÜBER KRANKHEITEN DES GEHIRNS, **par Nothnagel** (*Deutsch. Arch. f. kl. Med.*, p. 1, 1876). — DES PARALYSIES PARTIELLES DU MEMBRE SUPÉRIEUR D'ORIGINE CORTICALE, **par Mallebay** (*Thèse de Paris*, 1878). — LEÇONS SUR LES CENTRES DE L'ÉCORCE CÉRÉBRALE, **par Vulpian**, RECUEILLIES PAR BOCHEFONTAINE (*Journal*

(1) *Voir* la précédente revue générale sur le même sujet, t. VII, p. 326.

l'Ecole de Médecine, juillet 1876). — COMMUNICATION A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, **par Luys** (*Bull. Soc. méd. hôp.*, juillet 1877, et *Union médicale*). — NOTE SUR LA CIRCULATION CÉRÉBRALE CHEZ QUELQUES ANIMAUX : CORRÉLATION DES RÉGIONS MOTRICES ET DES TERRITOIRES VASCULAIRES, **par Duret** (*Gaz. médic.* 1877, n° 4). — OBSERVATIONS DE LOCALISATION CÉRÉBRALE, **par Delotte et Berdinel** (*Progrès médical*, juin 1878). — SUR LES EXCITATIONS DE CERTAINES PARTIES DE L'ENCÉPHALE, **par Bochefontaine** (*Soc. biolog.*, 9 février 1878). — **Van der Eyden** (*Thèse d'Amsterdam*, 1877). — **Ferrier**, GULSTONIAN LECTURES (*Brit. med. Journ.*, mars 1878.—EXPOSÉ COMPARATIF DES DIVERSES DOCTRINES ÉMISES SUR LES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES, **par H. Chevalier** (*Thèse de Paris*, 1878).—ÉTUDE CLINIQUE ET EXPÉRIMENTALE SUR LES DIFFÉRENCES QUE PEUT PRÉSENTER LA SYMPTOMATOLOGIE DE LA MÉNINGO-ENCÉPHALITE DE LA CONVEXITÉ DU CERVEAU, **par Viel** (*Thèse de Paris*, 1878). — DIE MOTORISCHE LEISTUNGEN DER GROSSHIRNRINDE, **par H. Obersteiner** (*Medizin. Jahrbücher, Heft* 3, 1878). —NOTE SUR QUELQUES PHÉNOMÈNES OBSERVÉS CHEZ LE CHIEN APRÈS L'ABLATION D'UNE PARTIE DU GYRUS SYGMOÏDE, **par Tripier** (*Revue mensuelle de méd.*, septembre 1878). —LECTURES ON PARALYSIS AS AN EFFECT OF BRAIN DISEASE, **par Brown-Séquard** (*Brit. med. Journ.*, août et septembre 1876). — INTRODUCTORY LECTURE TO A COURSE ON THE PHYSIOLOGICAL PATHOLOGY OF THE BRAIN, **par Brown-Séquard** (*The Lancet*, juillet 1876, p. 75). — LECTURE ON THE APPEARANCE OF PARALYSIS ON THE SIDE OF A LESION IN THE BRAIN, **par Brown-Séquard** (*The Lancet*, janvier 1877, p. 2, 76, 159). — PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE DES DIVERSES PARTIES DE L'ENCÉPHALE, **par le même**, (*Arch. de physiologie*, mars, avril 1877). — CONSULTER ENCORE, POUR LES TRAVAUX DE **Brown-Séquard** (*Gaz. des hôpitaux*, janvier 1876. — *The archiv. of scientif. and practical medicine*, février, 1873. — *Boston medic. and surg. Journ.*, juillet 1875.) — PHYSIOLOGY OF THE BRAIN: AN ATTEMPT TO EXPLAIN THE MODE OF PRODUCTION OF MOVEMENTS FOLLOWING ELECTRICAL IRRITATION OF THE CORTEX CEREBRI, **par Dupuy** (*New York med. Journ.*, mai 1877). — UN CAS DE PARALYSIE FACIALE DE CAUSE CENTRALE, A PROPOS DES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES, **par Onimus** (*France médicale*, n° 49, p. 385, 1877). — UEBER CORTICALE EPILEPSIE, **par Rosenthal** (*Wiener medizin. Blätter*, n° 24, 25, 1878). — CEREBRAL THERMOMETRY, **par Landon Carter Gray** (*New York med. Journ.*, août 1878). — ON A CASE OF INTRACRANIAL SARCOMA, **par Hulke** (*Med. Times and Gaz.*, 1876, I, 58). — OBSERVATION DE GLIOME HÉMORRHAGIQUE, **par Laveran** (*Progrès méd.*, 1877). — NERVEN-KLINIK, **par Westphal** (*Charité Annalen*, p. 420, 1876). — EIN FALL VON HIRNTUMOUR IN DER HINTEREN CENTRAL WINDUNG, **par Seeligmüller** (*Arch. für Psych. und Nervenkr.*, VI, p. 823, 1876). — FALL VON CYSTICERCUS DER GEHIRNS, **par Boese** (*Berl. klin. Woch.*, 1877, n° 25, p. 364). — CASO DI NUMEROSI CISTICERCHI DEL CERVELLO E DELLE MENINGE, **Luigi Mazzotti** (*Rivista clinica di Bologna*, avril 1876). — PLAIE DU CRANE ET DU CERVEAU AU NIVEAU DE LA CIRCONVOLUTION PARIÉTALE ASCENDANTE DROITE : HÉMIPLÉGIE AVEC ATROPHIE ET CONTRACTURE A GAUCHE, **par Langlet** (*Union médic. du Nord-Est*, 1877, n° 3). — PATOGENESI DELL' EPILESSIA : ACCESSI EPILETTIFORMI CONSECUTIVI A LESIONI TRAUMATISCHE DELLE CIRCONVOLUZIONI ANTERIORI DEL CERVELLO **par Enrico Morselli** (*Lo Sperimentale*, mars 1877). — OBSERVATION DE LÉSION DES COUCHES CORTICALES ; RAMOLLISSEMENT LIMITÉ ET CHUTE DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE, **par Joanny Rendu** (*Lyon médic.*, avril 1877). — A STUDY OF TWO ILLUSTRATIVE CASES OF EPILEPSY, **par Joseph Coats** (*Brit. med. Journ.*, 18 novembre 1876, p. 647). — BRAIN FROM A CASE OF SYPHILITIC EPILPSY, **par Dreschfeld** (*Brit. med. Journ.*, 25 novembre 1876, p. 685). — CASE OF SUSPECTED DISCHARGING LESION OF THE HINDER PART OF THE UPPERMOST RIGHT FRONTAL CONVOLUTION, **par Hughl. Jackson**

(*The Lancet*, 16 juin 1877, p. 876).— BEITRAG ZUR PATHOLOGIE DER GROSSHIRNRINDE BESONDERS DES GYRUS PRÆCENTRALIS, **par A. Beger** (*Arch. der Heilk.*, *XIX*, *heft*, 2 p. 97, 1878). — REPORT ON A CASE OF UNILATERAL CONVULSION AND HEMIPLEGIA DEPENDING UPON A LESION OF CERTAIN CEREBRAL CONVOLUTIONS **par Byrom Bramwell** (*Brit. med. Journ.*, septembre 1877, p. 290). — TUBERCULOSI DELLA ZONA ECCITABILE DELL' EMISFERO CEREBRALI DESTRO, **par P. Burresi** (*Lo Sperimentale*, mars 1877). — CASE OF EPILEPTIFORM CONVULSIONS IN GENERAL PARALYSIS OF THE INSANE, WITH LOCALISATION OF DISCHARGING LESIONS, **par Bevan Lewis** (*The Lancet*, 14 avril 1877, p. 529). — HEMIOPI NACH ERKRANKUNG DER OCCIPITALEN HIRNRINDE, **par P. Baumgarten** (*Centralblatt für die med. Wiss.*, 25 mai 1878, p. 369).— FAIT CONTRAIRE AUX LOCALISATIONS CÉRÉBRALES, **par Jaccoud** (*Gaz. hebd.*, 26 juillet 1878). — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE TOPOGRAPHIQUE DES LÉSIONS DE LA COUCHE CORTICALE DES HÉMISPHÈRES CÉRÉBRAUX, **par Clauzel de Boyer** (*Mémoire inédit pour le prix de l'Internat*, 1878). — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PARALYSIES CORTICALES DU MEMBRE SUPÉRIEUR, **par Decaisne** (*Mémoire inédit pour le concours des prix de l'Internat*, 1878). — LÉSION TRAUMATIQUE DU LOBE SPHENO-OCCIPITAL, **par Saxic** (*Bull. Soc. anat.*, 1876). — FOYER GANGRÉNEUX DE LA RÉGION SPHÉNOÏDO-OCCIPITALE, **par Cl. de Boyer** (*Bull. Soc. anat.*, janvier 1878). — SARCOME DE LA RÉGION TEMPORALE INFÉRIEURE, **par Schaw** (*Americ. neurolog. Society*, *vol. V*, 1877). — SARCOME KYSTIQUE DE LA FOSSE TEMPORALE GAUCHE, **par Verneuil** (*Bull. Soc. anat.*, mars 1878). — ABCÈS DU LOBE FRONTAL SANS PARALYSIE, **par Hirtz** (*Bull. Soc. anat.*, 1874). — CANCER DU LOBE FRONTAL SANS PARALYSIE, **par Baraduc** (*Bull. Soc. anat.*, mars 1875). — PSAMMOME LOCALISÉ AU NIVEAU DE LA PREMIÈRE CIRCONVOLUTION FRONTALE INTERNE **par Sabourin** (*Bull. Soc. anat.*, décembre 1876). — GLIOME OCCUPANT L'AVANT-COIN ET UNE PETITE PARTIE DU LOBE OCCIPITAL, **par Léger** (*Bull. Soc. anat.*, décembre 1876). — LÉSIONS DU LOBE TEMPORO-SPHÉNOIDAL SANS PARALYSIE, **par Ringrose Atjkins** (*Brit. med. Journ.*, mars 1878, n° 905). — MONOPLÉGIE BRACHIALE ASSOCIÉE A UNE HÉMIPLÉGIE FACIALE, **par Mossé** (*Bull. Soc. anat.*, 1878). — ATROPHY OF RIGHT HEMISPHERE OF CEREBRUM, LEFT SIDE OF CEREBELLUM AND LEFT HALF OF THE BODY, **par Forster Brockman** (*Journ. of anat. and physiology*).— *Idem*, **par W. Howden** (*même journal*, *IX*, p. 288).— HÉMIPLÉGIE SPASMODIQUE DE L'ENFANCE : ATROPHIE DE L'HÉMISPHÈRE GAUCHE DU CERVEAU ; ATROPHIE DU LOBE DROIT DU CERVELET, DU BULBE (PYRAMIDE ET OLIVE GAUCHE), **par Poullain** (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 39, 1876). — ATROPHIE DES CIRCONVOLUTIONS LIÉE AU DÉFAUT D'USAGE D'UN MEMBRE, **par Oudin** (*Revue mensuelle de méd. et chir.*, mars 1878). — DES DÉGÉNÉRATIONS SECONDAIRES DE LA MOELLE CONSÉCUTIVES AUX LÉSIONS DE LA SUBSTANCE CORTICALE DU CERVEAU, **par Issartier** (*Thèse de Paris*, 1878). — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES; OBSERVATION D'HÉMIPLÉGIE INFANTILE SPASMODIQUE, **par Bourneville** (*Gaz. méd. de Paris*, n°s 50 et 51, 1876).— MONOPLÉGIE BRACHIALE, **par Marot** (*Bull. Soc. anat.*, octobre 1876). — ÉPILEPSIE DU BRAS GAUCHE, MONOPLÉGIE CONSÉCUTIVE, **par H. Henrot** (*Union méd. du Nord-Est*, n° 3, 1877). — HÉMIPLÉGIE D'ORIGINE CORTICALE, **par Palmerini** (*Arch. ital. per le mall. nervos.*, 1877, *fasc. V*, p. 308, 321). — HÉMIPLÉGIE DES MEMBRES ET DE LA FACE, APHASIE, ETC., **par Barlow** (*Brit. med. Journ.*, juillet 1877). — ÉPILEPSIE CORTICALE, MONOPLÉGIE BRACHIALE, **par Dentan** (*Schweiz. Corr.-Blatt*, *VI*, *Heft* 2, 1876). — MONOPLÉGIE BRACHIALE, **par Raynaud** (*Progrès médic.*, p. 885, 1876). — HÉMIPLÉGIE CORTICALE, **par de Beurmann** (*Bull. Soc. anat.*, mars 1876). — HÉMIPLÉGIE FACIALE DROITE, HÉMIPLÉGIE DES MEMBRES D'ORIGINE CORTICALE, **par Dussaussay** (*Soc. anat.*, et *Progrès médic.*, 1877. — *Idem*, *Soc. biologie*, 1876).— HÉMIPLÉGIE DROITE, CONVULSIONS DU

BRAS, par **R. Moutard Martin** (*Bull. Soc. anat.*, 1877). — HÉMIPLÉGIE GAUCHE D'ORIGINE CORTICALE, par **Faisans** (*Bull. Soc. anat.*, 1877). — MONOPLÉGIE BRACHIALE ASSOCIÉE A UNE HÉMIPLÉGIE FACIALE, par **Landouzy** (*Progrès médic.*, n° 7, 1878).— ATTAQUES EPILEPTIFORMES, HÉMIPLÉGIE DROITE CORTICALE, par **Maygrier**(*Progrès médic.*, n° 7, 1878). — PARALYSIE GÉNÉRALE: ACCIDENTS ÉPILEPTIFORMES, par **Magnan** (*Revue mensuelle*, janvier 1878). — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES, par **A. Corona** (*Rome*, 1878). — *Idem.* par **Bernheim** (*Nancy*, 1878). — DES LOCALISATIONS DANS LES AFFECTIONS CÉRÉBRALES ET MÉDULLAIRES, par **Séguin** (*The med. Record, New York*, 1878). — ANALYSE HISTORIQUE ET CRITIQUE DE LA QUESTION DES LOCALISATIONS DES FONCTIONS DU CERVEAU, par **Dodds** (*Journ. of anat. and phys. XII*, janvier et avril, 1878).— MONOPLÉGIE INFÉRIEURE GAUCHE: LÉSION DE L'HÉMISPHÈRE CÉRÉBRAL DROIT AU NIVEAU DU LOBE PARACENTRAL ET DE LA PORTION SUPÉRIEURE DES CIRCONVOLUTIONS FRONTALES ET PARIÉTALES ASCENDANTES, par **Gougenheim** (*Soc. méd. hôp.*, mai 1878). — PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE DU CERVEAU, par **Dupuy** (*Med. Times and Gaz.*, *II*, p. 11, 488, 1877). — DES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES, par **Broadbent** (*Corr.-Blatt. für Schweiz. Aerzte* n° 665, 1877).— ABCÈS DU CERVEAU, par **Gelpke** (*Arch. der Heilk.*, *XVII*, p. 418). — DES PRÉTENDUS CENTRES MOTEURS DANS LES HÉMISPHÈRES CÉRÉBRAUX, par **Schiff** (*Rivista di freniatria*, 1876). — DES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES AU POINT DE VUE DES INDICATIONS DU TRÉPAN, par **Pozzi** (*Arch. gén. méd.*, avril 1877). — DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS EN FOYER DES CIRCONVOLUTIONS CENTRALES DU CERVEAU, par **Hinze** (*Petersb. med. Woch.*, 1876). — VOIR ÉGALEMENT LES OBSERVATIONS DE **Bulteau** (*Soc. anat.*, 1877). — **Brun** (*Revue mensuelle*, p. 121, 1877). — **Landouzy** (*Soc. anat.*, 1877). — **De Boyer** (*Soc. anat.*, 1877). — **Grasset** (*Progrès médic.*, p. 406, 1876, et *Montpellier méd.*, avril 1878).

La question des localisations cérébrales continue à être à l'ordre du jour, et il ne se passe pas de mois que de nouveaux arguments ne soient apportés à l'appui de la doctrine, ou au contraire en vue de la combattre. Revues des journaux, cours des professeurs, publications médicales de tous les pays fournissent quotidiennement des matériaux nombreux, mais de valeur diverse, et ce n'est pas une médiocre tâche que d'essayer de donner une idée, même incomplète, de la somme des travaux éclos depuis l'année 1876, date de notre précédente revue.

C'est qu'en effet, la doctrine des localisations cérébrales a subi le sort de toutes les découvertes marquantes qui viennent, de temps en temps, modifier les opinions admises sur les points fondamentaux de la pathologie. Tout d'abord les résultats expérimentaux annoncés par Hitzig et Ferrier ont excité l'étonnement, puis l'intérêt universel : les recherches cliniques vinrent, à leur tour, fournir la confirmation apparente des nouvelles théories, et la réalité des centres corticaux encéphaliques sembla démontrée d'une façon irréfragable.

Peut-être a-t-on été un peu trop vite dans cette voie, et s'est-on trop pressé de conclure, là où il n'était encore permis que de tirer des inductions. Il semble, en effet, qu'il se soit produit, depuis deux ans, un revirement dans certains esprits ; et après avoir accepté d'emblée la réalité des localisations encéphaliques, un certain nombre de médecins et de physiologistes en sont arrivés à nier, non-seulement la topographie des centres psycho-moteurs envisagés isolément, mais la réalité même de leur existence.

Nous essaierons, dans cette revue, de montrer que les différentes suppositions, par lesquelles on cherche à remplacer la théorie de Ferrier, sont beaucoup moins plausibles, et qu'elles ne reposent sur aucune donnée plus certaine. Nous verrons que si la lumière est loin d'être faite encore touchant le mécanisme intime des fonctions cérébrales, et la mise en jeu des manifestations encéphaliques, néanmoins la théorie des centres corticaux, est la plus acceptable : assurément, c'est elle qui est le moins en désaccord avec les phénomènes cliniques.

PREMIÈRE PARTIE. — *Physiologie.*

Rappelons d'abord en quelques mots les principales données que fournit l'expérimentation, au sujet de l'existence des centres psychomoteurs. Nous ne saurions, pour cette étude, suivre un meilleur guide que Ferrier qui, dans un ouvrage d'une haute valeur, résumant et amplifiant les conclusions de ses précédents mémoires, a donné la théorie la plus complète des fonctions cérébrales envisagées suivant les divers départements de l'encéphale.

Pour cet éminent physiologiste, les couches corticales de substance grise représentent une série de centres ayant leur fonctionnement spécial et leur rôle défini, nullement comparables entre eux par conséquent, quoique se confondant sous une apparence commune. De chacun de ces petits centres partent une série de fibres qui aboutissent finalement aux tractus de la base de l'encéphale, représentés par les pédoncules cérébraux, et vont transmettre ainsi de l'encéphale à la moelle, ou réciproquement, les impulsions motrices et les impressions sensitives. Sur le trajet de ces faisceaux conducteurs se placent des ganglions intermédiaires, qui pour les faisceaux antérieurs constituent les corps striés, pour les postérieurs, la couche optique. La destruction expérimentale de l'un de ces ganglions, le corps strié, par exemple, détermine absolument les mêmes troubles fonctionnels que la section de la partie antérieure de la capsule interne (tractus antérieur). Dans les deux cas survient l'hémiplégie complète du côté opposé à la lésion. Inversement, l'excitation électrique du corps strié, tout comme celle de la capsule interne dans son faisceau antérieur, provoque une contraction unilatérale des muscles de la face, du tronc et des membres avec pleurosthotonos et prédominance des fléchisseurs sur les extenseurs. Voilà donc un premier fait expérimental d'une haute importance, qui prouve que les centres périphériques sont reliés aux ganglions médians par des attaches étroites, et qui font pressentir une analogie fonctionnelle très-intime. Nous verrons ultérieurement combien ces relations anatomiques directes rendent difficile l'interprétation des faits expérimentaux.

Dans l'esprit de Ferrier, en effet, les centres périphériques et les ganglions intra-encéphaliques sont des organes destinés à un but commun et à une action synergique. L'impulsion motrice, pour prendre un type d'action cérébrale qui ne soit pas trop compliqué, partirait du centre cortical périphérique : le corps strié aurait pour rôle spécial de recueillir, d'organiser, d'amplifier peut-être cette impulsion, de manière à supprimer en partie l'action de la volonté consciente, pour y substituer une

sorte d'automatisme inconscient. En d'autres termes, le corps strié servirait à coordonner et à harmoniser une foule d'impressions motrices distinctes, émanées des centres dissociés des couches corticales, de façon par exemple, que les mouvements des bras, de l'expression faciale, des membres inférieurs, etc., concourussent à une action commune, sans que la volonté eût à intervenir autrement que pour donner l'impulsion initiale.

Cette conception physiologique sur le rôle respectif de l'écorce et des ganglions cérébraux n'est pas, pour Ferrier, une simple vue de l'esprit: elle repose sur un observation de physiologie comparée d'une grande importance qui met bien en relief l'influence réciproque de ces diverses régions encéphaliques. Plus l'animal est élevé dans la série des êtres, plus la volonté chez lui devient prépondérante, à l'inverse de l'automatisme, qui n'a plus qu'un rôle secondaire. Par contre, moins les centres moteurs volontaires auront de développement, plus les corps striés devront posséder cette puissance de coordination automatique ; or, c'est ce que démontre l'expérimentation. Enlevez les hémisphères d'un pigeon, comme l'a fait Flourens, l'animal s'en ressent à peine; tous les mouvements chez lui s'exécutent sans difficulté. Faites la même opération sur un lapin ou un chat, il ne s'ensuivra pas encore une paralysie, mais de la gêne et une sorte de faiblesse. Le chien commence à présenter une parésie appréciable, fort rarement une hémiplégie vraie. Le singe, au contraire, devient constamment hémiplégique. La conclusion s'impose d'elle-même. Chez les animaux d'une organisation moins supérieure, les corps striés, sortes de centres de réflexion automatique, sont l'appareil prépondérant : au contraire chez le singe, et surtout chez l'homme, la volonté remplace l'automatisme, et les corps striés deviennent subordonnés aux centres de l'écorce cérébrale.

Telle est, ce nous semble, l'idée fondamentale de Ferrier sur les localisations cérébrales : il admet, pour les phénomènes moteurs et sensitifs, un double appareil périphérique et central, tous deux harmoniquement associés pour concourir au même but, mais diversement importants suivant que, chez les animaux, prédomine l'instinct automatique, ou la volonté intelligente.

Si maintenant nous passons en revue les divers centres corticaux ainsi différentiés, nous voyons que la surface de l'encéphale se divise en plusieurs régions fonctionnellement très dissemblables.

Les centres moteurs corticaux de Ferrier sont bien connus, et nous ne ferons que les énumérer, pour les rappeler à la mémoire du lecteur.

1. *Mouvements des membres inférieurs.* — Partie supérieure de la circonvolution pariétale ascendante et portion contiguë de la frontate ascendante. A cette région correspond également le centre des mouvements de la queue.

2. *Mouvements des membres supérieurs.* — Frontale ascendante, au niveau de sa jonction avec la circonvolution pariétale supérieure. Les divers mouvements du poignet, la supination et la flexion de l'avant bras, paraissent sous la dépendance d'un centre situé sur la même circonvolution, au dessous du précédent.

3. *Mouvements de la face.* — Leur localisation correspond à la portion

inférieure de la frontale ascendante, les mouvements de la bouche ont leur centre tout proche de la 3e circonvolution frontale.

En résumé, comme on le voit, les centres moteurs s'étagent le long des deux circonvolutions ascendantes qui bordent la scissure de Rolando, ceux des membres inférieurs occupant le sommet des plis cérébraux, ceux de la face au contraire correspondant à la base de ces mêmes plis. Le centre du membre supérieur serait intermédiaire. Pour de plus amples détails nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage classique de Ferrier.

Les autres centres corticaux, moins bien connus et succinctement indiqués dans les premiers mémoires du physiologiste anglais, ont été de sa part l'objet de recherches nouvelles que nous allons résumer : ils comprennent l'étude des centres sensitifs et sensoriels.

Le centre de la sensibilité générale siégerait, d'après Ferrier, au niveau de l'hippocampe, et des circonvolutions adjacentes : ce serait donc la portion sphénoïdale du cerveau qui présiderait à cette grande fonction. Mais, il faut bien le dire, les expériences pratiquées sur cette région sont fort compliquées, et elles sont loin d'avoir la netteté désirable. En détruisant chez un singe, au moyen d'un fil de fer rougi, la circonvolution de l'hippocampe, l'animal semble avoir perdu complétement les sensations tactiles, et il présente une sorte de parésie qui, d'après l'auteur anglais, dépendrait de l'absence de ces sensations. Mais la survie des animaux est trop peu considérable pour que les résultats expérimentaux soient démontrés d'une façon incontestable ; il y a donc lieu de faire au sujet du centre sensitif général quelques réserves, quelque séduisante que paraisse au premier abord la théorie. Au point de vue anatomique, en effet, le tractus sensitif qui forme la partie postérieure de la capsule interne, et dont la destruction amène l'hémianesthésie, n'est que la voie de transmission des fibres se rendant à la périphérie, vers le centre sensitif cortical : or, nombre d'entre elles se dirigent du côté de la région de l'hippocampe. Nous verrons si les faits cliniques légitiment les assertions expérimentales de l'auteur anglais.

Les centres sensoriels d'après Ferrier, sont localisés de la façon suivante :

Au niveau du lobule du pli courbe (gyrus angulaire) se trouve le centre cortical de la vision. Vient-on sur le singe à exciter cette région des circonvolutions, la pupille du côté opposé se contracte, la paupière s'abaisse, ainsi que dans le clignement réflexe ; souvent la tête s'incline comme pour fuir une lumière trop vive : il semble que l'irritation de la circonvolution ait donné naissance à des sensations visuelles subjectives. Cette expérience ne serait cependant pas concluante, s'il n'en existait la contre-partie : mais la destruction du gyrus angulaire provoque la cécité dans l'œil opposé, et cette cécité est totale et permanente, si les lobules du pli courbe des deux hémisphères sont lésés expérimentalement.

En procédant de la même manière, Ferrier arrive à localiser le *centre auditif* au niveau de la circonvolution temporo-sphénoïdale supérieure. L'irritation de cette circonvolution détermine chez le singe des signes d'attention insolite (redressement des oreilles, dilatation des pupilles, etc.), sa destruction, au moyen du fer rouge, supprime les manifestations habituelles de la perception auditive.

Enfin, ce serait vers le voisinage de la corne d'Ammon que se place-

rait le centre de l'odorat, très-rapproché de celui du goût, les deux sens se complétant l'un par l'autre. Mais, sur ce point, l'expérimentation ne donne que des résultats très-approximatifs ; et, pour le dire de suite, aucun fait clinique récent n'est venu confirmer les observations de Ogle (*Medico chir. Transact.*, 1870), qui avait noté l'anosmie et l'agueusie à la suite de coups sur la tête chez les malades ayant de la contusion probable de la région temporo-sphénoïdale.

Ainsi, d'après Ferrier, l'écorce de l'encéphale serait divisée en départements circonscrits, bien distincts physiologiquement, les uns sensitifs et sensoriels, les autres moteurs : quelques-uns, enfin, comme la région antéro-frontale, seraient absolument négatifs expérimentalement, ce qui rendrait très-vraisemblable la supposition qu'ils sont le siége d'où émanent plus particulièrement les manifestations intellectuelles.

En regard de ces recherches, qui semblent démontrer nettement l'existence des centres corticaux, et qui prétendent fixer la topographie cérébrale d'une façon précise, voici également au nom de l'expérimentation, des physiologistes qui rejettent tous les résultats annoncés, et qui font table rase de tout ce qui a été écrit sur les localisations cérébrales. Après avoir exposé les affirmations de Ferrier, abordons les négations de Brown-Séquard.

Depuis deux ans, c'est la thèse favorite du professeur du Collége de France de prouver que toute la physiologie et toute la pathologie cérébrale sont à refaire de fond en comble. Sans doute, dit-il, il est rationnel au premier abord, et séduisant de supposer que l'abolition de la fonction correspond à la lésion trouvée à l'autopsie, et que le centre de certaines incitations motrices siége dans la portion de l'encéphale dont l'irritation provoque ces mouvements. Mais c'est là un raisonnement spécieux et une conclusion basée sur des principes erronés : autant vaudrait, ajoute-t-il, considérer la plante du pied comme le centre du rire, parce que le chatouillement de cette région le provoque ; ou encore, l'intestin comme le siége de l'intelligence, parce qu'un tænia en agaçant la muqueuse intestinale, trouble parfois les facultés intellectuelles.

On voit, dès à présent, quelle est l'idée fondamentale de Brown-Séquard : pour lui, le cerveau est formé d'une infinité de centres réflexes qui sont mis en jeu par une foule d'influences différentes, intrinsèques et extrinsèques. De là vient que la plupart du temps, quand on constate des phénomènes encéphaliques, c'est un autre organe que l'encéphale qui est en souffrance. A plus forte raison n'est-on pas en mesure de conclure de l'existence d'une lésion cérébrale à la corrélation des symptômes constatés pendant la vie : ceux-ci peuvent être dus à une toute autre cause. Cela est surtout vrai quand il s'agit de troubles irritatifs ; les effets de l'irritation cérébrale varient à l'infini, quel que soit le point de l'encéphale qui soit touché : il suffit, pour s'en convaincre, de comparer les effets de la lésion d'une région quelconque du cerveau sur la moelle allongée, la moelle épinière et les nerfs : ne sait-on pas que chez des chiens on peut voir se développer subitement les symptômes d'une myélite lombaire, alors que l'encéphale est seul en cause? Dès lors, quelle confiance attribuer aux expérimentations faites sur un organe aussi excitable et aussi variable dans les manifestations de ses souffrances fonctionnelles ?

Les conclusions de M. Brown-Séquard sont aussi radicales que ses prémisses, et il les formule en une série d'aphorismes d'une hardiesse singulière. Ecoutons-le plutôt.

1° Une lésion limitée à une moitié du cerveau peut produire des symptômes de l'un ou de l'autre côté;

2° Une lésion minime, quel qu'en soit le siége, peut produire les symptômes les plus étendus et les plus violents;

3° Une lésion portant également sur les deux moitiés du cerveau, des deux côtés de la ligne médiane, peut produire des symptômes affectant principalement ou exclusivement un seul côté du corps;

4° Des symptômes soudains peuvent dériver d'une lésion lentement progressive et inversement;

5° Les symptômes les plus divers peuvent découler d'une lésion cérébrale à siége invariable, et réciproquement les lésions des points du cerveau les plus divers donnent lieu aux mêmes symptômes;

6° Des lésions permanentes peuvent produire des symptômes périodiques ou passagers.

7° Des symptômes d'affection cérébrale peuvent reconnaître pour origine une irritation des viscères ou des nerfs périphériques;

8° Enfin, des lésions énormes peuvent exister dans toutes les régions du cerveau sans déterminer aucun symptôme.

En résumé, ajoute Brown-Séquard, ces faits contradictoires démontrent que les cellules nerveuses affectées à une fonction définie, au lieu de se trouver réunies dans un territoire cérébral, sont dispersées dans la masse encéphalique, et reliées de telle sorte les unes aux autres, qu'elles forment un tout fonctionnellement solidaire. Dès lors rien d'étonnant qu'une partie du cerveau puisse être détruite sans nuire sensiblement au fonctionnement des régions restées saines. Chaque hémisphère cérébral est un cerveau complet, capable de suffire à lui seul aux actes physiologiques des deux moitiés du corps : seulement la plupart des individus ne développent pas également leurs deux cerveaux, et se servent de préférence de l'un ou de l'autre pour tel acte organique.

La conclusion clinique de cette manière de voir est que toute manifestation symptomatique d'origine cérébrale relève exclusivement d'une irritation qui agit, soit en arrêtant l'activité de l'encéphale, soit en l'exagérant. A la première catégorie de symptômes appartiennent, par exemple, la paralysie, l'aphasie, l'anesthésie, l'amaurose, etc.; à la seconde, le délire, les convulsions, la contracture, les tremblements, etc.

A la lecture de ces conclusions étrangement paradoxales, émanées d'un physiologiste aussi éminent que Brown-Séquard, on est en droit de se demander ce qui reste non plus des localisations, mais de la pathologie cérébrale, et comment il se fait que l'expérience clinique des siècles puisse être ainsi biffée d'un trait de plume. Aussi, avant d'accepter comme vérités démontrées les assertions précédentes, doit-on les discuter et les examiner mûrement, sous peine de renverser l'édifice sans avoir rien pour le rebâtir. Or, parmi les aphorismes de Brown-Séquard, il en est que ne désavoueront assurément ni les médecins, ni les physiologistes, et qui sont des vérités acceptées par tout le monde; qui donc ignore que certains symptômes nerveux, simulant une affection cérébrale, ne puissent dépendre d'une irritation viscérale sou-

vent minime ? A-t-on jamais contesté la possibilité d'attaques passagères se produisant à l'occasion d'une lésion permanente ; ou encore la réalité de grosses altérations demeurant latentes jusqu'à l'autopsie ? Ce sont là des faits cliniques que nul ne songe à révoquer en doute, et qui ne sauraient apporter aucun argument sérieux à l'encontre de la théorie des localisations cérébrales.

Ce qu'il importe de préciser, c'est si réellement toute lésion, siégeant dans les régions les plus diverses du cerveau, est susceptible de donner lieu à des symptômes identiques ; et inversement si une lésion à siége immuable est capable de produire des phénomènes assez variables pour qu'il soit impossible d'en déduire même approximativement, la localisation. Là, est le vrai nœud du débat : car, si les preuves apportées par Brown-Séquard sont réellement convaincantes, il faut renoncer à toute tentative de diagnostic dans les maladies cérébrales, et reconnaître que les données de la clinique actuelle ne sont pas plus certaines que du temps de Morgagni. Or, nous ne craignons pas de le dire, ni les faits expérimentaux, ni les observations pathologiques recueillies par M. Brown-Séquard n'ont entraîné notre conviction. Nous nous étendrons fort peu sur les premiers, n'ayant point suffisamment qualité pour les apprécier en connaissance de cause : nous nous bornerons seulement à faire remarquer que pour nier les résultats obtenus par Ferrier il eût été bon de se placer dans des conditions identiques : or, c'est sur les chiens, les lapins, les cobayes que portent les expériences de Brown-Séquard, et personne n'ignore que l'hémiplégie chez ces animaux, est loin d'être la règle, même après la destruction d'un hémisphère. Relativement aux faits pathologiques, l'appréciation est plus accessible à la majorité des médecins : or, ici surtout, nous croyons que les arguments invoqués par Brown-Séquard sont peu faits pour entraîner la conviction. Que voyons-nous, en effet ? Dans une série d'articles, ce physiologiste réunit tous les cas de paralysie siégeant du même côté que la lésion cérébrale : il ne reconnait plus aucune valeur à l'hémiplégie, à l'hémianesthésie qui siégeraient suivant lui, aussi fréquemment du côté correspondant à la lésion ; il rejette même les faits d'hémiparaplégie spinale, dont plus que personne il avait contribué à édifier la théorie clinique ; en un mot, il accumule systématiquement tous les documents défavorables à l'idée d'une affection localisée. Or, parmi ces documents, il en est un grand nombre que l'on ne saurait accepter comme probants, et qui n'ont que peu ou point de valeur. Quelle créance méritent, pour une question de localisation cérébrale née d'hier, des observations recueillies en 1774, et signées Fabrice de Hilden ou Méhée de la Touche ? Quel est le clinicien qui, sachant par expérience la difficulté de faire complétement et en détail l'autopsie d'un cerveau, voudra se contenter de relations incomplètes, dans lesquelles ne se trouvent mentionnées, ni l'étendue ni le siége exact des altérations encéphaliques ? Exemple : M. Brown-Séquard veut prouver que les convulsions se produisent indifféremment du côté correspondant à la lésion, et il cite à l'appui de son affirmation l'observation suivante de Cruveilhier. Convulsions et soubresauts à droite, surtout dans le bras ; *paralysie à gauche*, vaste foyer hémorrhagique dans la couche optique droite et dans le lobe moyen du même côté ; caillots dans les deux ven-

tricules. (*Loc. cit.*, p. 680.) — Toutes les observations citées dans ce chapitre sont analogues. Toutes montrent, du côté opposé à l'altération encéphalique, l'existence d'une hémiplégie : mais, parce que des convulsions se sont produites dans les membres non paralysés, M. Brown-Séquard en conclut que l'entre-croisement des fibres à travers le bulbe n'a pas sa raison d'être, au moins physiologiquement. N'est ce pas le lieu d'invoquer ici le fameux raisonnement : *post hoc, ergo propter hoc*, dont M. Brown-Séquard prétend tout le premier s'affranchir ?

En abordant le détail des observations sur lesquelles s'appuie cet auteur, il serait donc aisé de prouver que cet échafaudage de preuves se réduit, en dernière analyse, à un petit nombre de faits bien constatés et anatomiquement irréprochables. Mais élargissons la discussion et supposons que tous les documents sur lesquels sont basés ces mémoires offrent les conditions voulues de rigueur et de précision scientifiques. Une centaine d'observations suffiraient-elles à infirmer l'expérience clinique journalière, et les milliers de cas qui passent sous les yeux de tous les médecins qui font de la pratique hospitalière ? Que s'il existe des contradictions et des anomalies apparentes, cela ne prouve qu'une chose, c'est qu'il reste encore beaucoup à faire en anatomie et en pathologie cérébrales ; mais cela ne détruit nullement la réalité des faits acquis, auxquels l'expérience de tous les jours donne force de démonstration. Qu'il puisse y avoir incertitude pour localiser tel ou tel symptôme fonctionnel d'excitation cérébrale, une convulsion par exemple, (laquelle peut être aussi souvent d'origine réflexe que directe), personne ne le contestera, mais les phénomènes paralytiques ont une tout autre valeur ; or, depuis Galien la clinique démontre que l'hémiplégie correspond à des lésions de l'hémisphère opposé et les exceptions de M. Brown-Séquard n'infirmeront point la règle.

Avec MM. Lussana et Lemoigne, la discussion est transportée sur un terrain tout différent. Ces auteurs, eux aussi, nient catégoriquement la réalité des centres corticaux de l'encéphale ; mais ils vont bien plus loin dans leurs conclusions que Brown-Séquard lui-même. Pour le professeur du Collége de France, la substance grise des circonvolutions constitue bien un centre, mais un centre diffus, chaque cellule étant rattachée à ses congénères par des tractus déliés : la subtance blanche ne joue que le rôle secondaire d'un conducteur d'impressions. Or, plutôt que d'admettre la réalité des centres corticaux, MM. Lussana et Lemoigne étendent à la substance blanche les propriétés jusque là exclusivement attribuées à la substance grise. Pour eux, l'ensemble des pédoncules du cerveau et du cervelet constitue un véritable centre encéphalique, et la substance grise ne servirait qu'à transformer et à coordonner les diverses manifestations motrices et sensitives de ces centres. Ces assertions, à coup sûr originales, sont formulées dans les deux aphorismes suivants :

L'écorce cérébrale ne renferme aucun centre d'innervation motrice, et ses lésions ne produisent aucune paralysie :

2° Le système pédonculaire contient les vrais centres d'innervation motrice ; la lésion de ce système détermine toujours une paralysie. Si celle-ci se montre parfois à la suite d'une lésion de surface, cela dépend toujours d'une compression indirecte ou d'une contre-pression du système pédonculaire.

La conséquence de cette manière de voir est la négation complète des centres psycho-moteurs de Ferrier. Les pédoncules cérébraux deviennent les vrais organes moteurs encéphaliques : par leurs faisceaux supérieurs, ils gouvernent les mouvements de latéralité du tronc ; par leurs faisceaux inférieurs, les mouvements des membres antérieurs. Le corps strié et la couche optique n'interviennent que pour organiser et harmoniser ces impulsions motrices.

Un des arguments principaux qui font rejeter par Lussana et Lemoigne l'existence des centres corticaux, c'est qu'ils ne sont nullement excitables à la manière des faisceaux pédonculaires. Chez ceux-ci, les agents mécaniques et chimiques, tout comme l'électricité, provoquent des mouvements : au contraire, les lobes cérébraux, l'écorce de l'encéphale, les corps opto-striés, ne répondent qu'aux excitations électriques et nullement aux excitations mécaniques. D'où la conséquence que les centres cérébraux corticaux ne sont pas des centres moteurs à la façon des nerfs moteurs, par exemple. Mais Ferrier lui-même n'a jamais prétendu qu'il en fût ainsi et il n'a nullement eu l'idée d'assimiler la substance grise encéphalique au tissu d'un nerf. Cet argument, en réalité, ne prouve rien contre l'existence des centres psycho-moteurs : il fait voir une fois de plus que la substance grise ne se comporte pas de la même façon que la substance blanche sous l'influence des diverses excitations, mais c'est la seule conclusion légitime qu'il soit permis d'en tirer.

Une autre raison pour rejeter les centres de Ferrier, dit Lussana, c'est de voir combien fugaces et incomplètes sont les parésies consécutives aux lésions de l'écorce cérébrale ; car, s'il existe véritablement des centres moteurs corticaux, ils devraient être constants, et leur ablation donnerait des résultats identiques chez les diverses espèces animales ; or, l'expérimentation fait voir qu'il n'en est rien, tandis que la section de l'appareil pédonculaire s'accompagne toujours d'une abolition totale des fonctions motrices. Mais cette objection est plus spécieuse que réelle, si l'on réfléchit aux modifications de structure que subit l'encéphale dans les divers degrés de l'échelle des vertébrés, si l'on songe surtout à l'antagonisme que Ferrier a montré exister entre les centres d'innervation volontaire el les centres de motricité automatique. En admettant, avec la plupart des physiologistes, que les pédoncules cérébraux ne soient que des faisceaux conducteurs émanés de cette double série de centres, il est bien clair que leur section sera suivie d'une paralysie complète. Irons-nous en conclure que les pédoncules sont les vrais centres moteurs, et que, d'autre part, les centres corticaux sont une légende, parce que leur destruction donne lieu à des phénomènes moins immédiatement accessibles ? Ce serait, suivant nous, s'attacher aux apparences et raisonner d'une façon peu rigoureuse.

Pourtant, on peut se demander si, en électrisant les centres corticaux de Ferrier, on n'agit pas tout simplement en déterminant l'excitation des faisceaux blancs sous-jacents ; qui se traduit par une décharge motrice. En d'autres termes, l'écorce grise de l'encéphale est-elle excitable par elle-même, ou transmet-elle l'excitation provoquée aux fibres des tractus moteurs ? Posée de cette façon, la question nous semble insoluble ; car il est impossible, expérimentalement, d'isoler l'écorce de son substratum anatomique. C'est dans ce sens que se prononce

M. Vulpian, qui adopte une opinion intermédiaire entre celle de Ferrier et celle de Brown-Séquard. Se fondant sur l'inexcitabilité de la substance grise en général, il est tenté de croire que sur tous les points de l'encéphale, celle-ci jouit des mêmes propriétés physiologiques. Mais, d'autre part, il a répété les expériences de Hitzig et de Ferrier, et reconnu l'existence de régions excitables par l'électricité et donnant lieu à des mouvements déterminés. Dès lors il est rationnel d'admettre qu'en ces régions viennent aboutir des fibres exclusivement motrices, en rapport intime d'une part avec l'écorce cérébrale, de l'autre, avec les corps striés. Une expérience encore plus probante semble même justifier complétement l'hypothèse des centres trophiques corticaux, relativement à ces fibres blanches motrices. En détruisant la substance grise du gyrus sigmoïde du chien, M. Vulpian a vu se produire une dégénérescence descendante des fibres sous-jacentes, tout comme sur un nerf dont on a coupé les racines spinales. On peut donc en conclure, ce semble, que l'intégrité de la substance grise périphérique est nécessaire à celle des éléments nerveux de substance blanche qui viennent s'y jeter.

Est-ce à dire pour cela, que les îlots de substance grise correspondant à des circonvolutions motrices soient des centres franchement moteurs, ou simplement psycho-moteurs, en ce sens que la volonté serait le seul excitant de l'impulsion motrice ? Ce sont là encore autant de questions insolubles. Lussana et Lemoigne font remarquer avec raison que les excitations mécaniques appliquées sur la zone corticale, ne provoquent aucun mouvement, et ils en déduisent logiquement que l'écorce grise ne saurait être assimilée à un centre moteur. D'autre part, M. Bochefontaine prouve que les centres en question ne sont pas le siége exclusif de la volonté, puisque leur faradisation produit, indépendamment du mouvement des membres, les mouvements de tous les organes dont l'activité peut être mise en jeu par action réflexe. Le terme de centres psycho-moteurs, adopté par Ferrier, répond exactement à cette double origine des manifestations motrices.

Il ne faut pas oublier, en effet, que grâce à l'union intime qui relie les régions centrales et périphériques, les excitations de la surface cérébrale ne peuvent manquer de retentir sur les parties sous-jacentes, et peut-être est-ce là ce qui se produit normalement toutes les fois que l'on applique un courant électrique, si faible qu'il soit, sur la zone motrice cervicale. Les curieuses expériences de M. Bochefontaine sur l'irritation de la dure-mère cérébrale, qui provoque des mouvements réflexes des membres, même quand on a préalablement excisé la méninge, montrent avec quelle circonspection il faut interpréter ces phénomènes, si l'on veut s'appuyer sur des preuves rigoureusement scientifiques. Or, jusqu'ici, il faut bien le dire, l'existence de centres encéphaliques corticaux, d'où émanerait exclusivement l'impulsion motrice volontaire, est plutôt acceptée comme probabilité que démontrée d'une manière certaine ; et bien des raisons militent en faveur de l'opinion de M. Vulpian, à savoir que, expérimentalement au moins, c'est par l'irritation des parties profondes qu'agit l'excitation des circonvolutions superficielles.

Quelle que soit, d'ailleurs, l'opinion qu'on adopte, il nous semble que ces discussions ne changent rien aux conclusions générales qui ressortent des expériences de Ferrier. Qu'importe que certaines circonvolu-

tions soient excitables par elles-mêmes ou par le retentissement qu'elles exercent sur les fibres nerveuses sous-jacentes? Le fait important est que, dans certaines régions circonscrites, des excitations limitées réussissent à produire des mouvements déterminés. Or, ce fait nous paraît acquis. Le contact d'un courant électrique faible sur certaines circonvolutions éveille des effets moteurs; sur la circonvolution voisine, il est absolument indifférent. La destruction de la région limitée, dite motrice, entraîne la paralysie, alors que des altérations encéphaliques expérimentales, plus profondes et plus étendues sur d'autres points du cerveau, ne se traduisent par aucune diminution de la motilité. Il est donc rationnel de conclure que la zone des circonvolutions fronto-pariétales jouit de propriétés spéciales, et que, au point de vue des manifestations dont elle est le point de départ, elle doit être considérée comme un véritable centre moteur.

Cette conclusion n'est cependant pas admise par tout le monde, et, récemment, M. Dupuy a cherché à prouver que les contractions obtenues par l'excitation de certaines circonvolutions ne sont que des phénomènes d'ordre réflexe. Voici son expérience. Sur un chien chloroformé, il met à nu l'hémisphère gauche au niveau du sillon de Rolando, et faradise les circonvolutions adjacentes ; des mouvements manifestes se produisent à droite. Cela fait, avec un cautère chauffé à blanc, il touche les centres moteurs encore recouverts par la pie-mère, puis électrise de nouveau les parties cautérisées; il obtient les mêmes mouvements. L'animal, réveillé, ne présente aucune paralysie, sauf un peu de ptosis de la paupière; au bout de quatre semaines, il est absolument guéri, sans aucun trouble de la motilité ni de la sensibilité. A ce moment M. Dupuy rouvre la blessure et constate la présence de l'eschare desséchée, adhérente aux méninges. Or, l'excitation électrique de l'eschare et des fibres sous-jacentes mises à nu ne provoque aucun mouvement, tandis que le même courant, appliqué autour de l'eschare, amène des contractions musculaires. Ainsi, l'électrisation, appliquée quelques semaines après la cautérisation des centres psycho-moteurs est sans résultats, tandis que l'irritation qui suit de près la destruction des mêmes centres n'empêche pas les mouvements de se produire. L'auteur en conclut que les mouvements sont d'origine réflexe et dus à l'irritation des nerfs de la pie-mère et de ses vaisseaux. Mais cette conclusion ne nous semble pas inattaquable. Dans la première expérience, en effet, l'irritation de la région cautérisée provoque des mouvements, parce que les fibres sous-jacentes sont saines; plus tard, celles-ci détruites, toute transmission de l'excitation phériphérique aux parties centrales disparaît. Ainsi interprétée, cette expérience viendrait plutôt à l'appui de la théorie des centres moteurs corticaux, mais avec la restriction qu'y apporte M. Vulpian, restriction à laquelle nous avons de la tendance à nous rattacher.

Cette manière de concevoir la question expérimentale nous permet de nous appesantir moins longuement sur un autre point de physiologie controversé; nous voulons parler du rétablissement des fonctions motrices après la destruction d'un centre cortical.

On sait qu'on a proposé diverses explications de ces phénomènes. On a pensé tout d'abord que l'autre hémisphère effectuait un travail de compensation qui neutralisait l'effet de la lésion corticale. Telle était

l'opinion de Broadbent, qui étendait à tous les actes encéphaliques ce qui se passe bien évidemment pour les mouvements associés. Ferrier cite à l'appui de la réalité de cette influence un fait clinique signalé par plusieurs médecins et confirmé par M. Vulpian. Commandez à un hémiplégique de lever la jambe paralysée, il en est incapable. Faites-lui d'abord lever la jambe saine, puis la paralysée, il pourra parfois effectuer de légers mouvements : l'excitation d'une région motrice de l'hémisphère sain à éveillé, par voie d'association, une excitation similaire dans la région correspondante de l'hémisphère malade.

Mais cette compensation par l'hémisphère opposé est tout à fait incomplète, et il suffit, pour le prouver, de rappeler l'expérience de Carville et Duret, qui extirpent les centres corticaux d'un chien préalablement opéré de l'autre lobe cérébral, et guéri de la paralysie temporaire consécutive à la première opération. Or, loin de ramener la paralysie initiale, celle-ci ne reparaît pas à la suite de la seconde extirpation des centres corticaux : l'argument est péremptoire.

Il y a donc, comme le montrent Carville et Duret, compensation produite aux dépens de nouveaux centres qui se développent sur l'hémisphère opéré. Mais quelle est la partie du cerveau qui accomplit ainsi les fonction de la région détruite? Pour les auteurs précités, ce seraient les circonvolutions adjacentes, et le territoire moteur de l'écorce encéphalique serait susceptible de s'accroître dans une certaine mesure, en vue des besoins de la fonction. Il se passerait pour le cerveau quelque chose d'analogue à ce qui a lieu pour le poumon; toutes les alvéoles ne fonctionnent pas simultanément, et il y en a un certain nombre qui servent de réserve pour le cas où quelques-unes deviennent imperméables. Toutefois, il y a de graves objections à cette manière de voir. Lorsqu'on s'élève dans l'échelle animale, on voit que les paralysies consécutives à la destruction des régions motrices corticales sont persistantes et parfois définitives : chez le singe, les choses se passent ainsi; et les faits cliniques ont montré qu'il en était de même chez l'homme. Il y a donc certaines circonvolutions où la loi de suppléance fait complétement défaut; et on ne comprendrait guère ces exceptions si les zones corticales adjacentes étaient aptes à rétablir la compensation.

Ferrier a présenté de ces faits une explication que nous croyons plus plausible. S'appuyant sur le rôle respectif que jouent, d'après lui, les centres corticaux et les ganglions inférieurs (corps striés), il admet que ces derniers sont organisés de façon à suppléer au défaut de fonctionnement des circonvolutions de l'écorce; l'automatisme, en pareil cas, prenant le pas sur les impulsions volontaires. Ainsi s'expliqueraient les nombreuses différences que l'on constate dans les espèces animales, au point de vue des suites de l'ablation des centres corticaux encéphaliques. Un singe auquel on fait cette opération devient hémiplégique et reste hémiplégique : un chien n'est que passagèrement paralysé ; un pigeon ne l'est plus du tout : on peut même lui enlever les deux corps striés sans lui ôter la possibilité de se mouvoir : le vrai centre des mouvements automatiques, chez les animaux moins élevés en organisation, est le mésocéphale. Aussi, logiques dans leurs déductions, deux physiologistes allemands, Goltz et Gergens, ont-ils considéré ces phénomènes de suppléance fonctionnelle comme le résultat de la mise en jeu d'excitations motrices émanées du cervelet.

Nous ne suivrons pas ces auteurs dans le développement de cette théorie, mais nous ferons remarquer que l'idée première est assez analogue à celle de Ferrier. Dans les deux cas il s'agit d'un centre automatique qui vient compenser la destruction d'un centre moteur volontaire et qui en atténue plus ou moins les effets.

L'obscurité qui plane sur la véritable nature des centres moteurs corticaux est bien plus profonde quand il s'agit d'aborder l'histoire des centres végétatifs de l'écorce grise. Ici, tout est encore à peu près complétement hypothétique.

Eulenburg et Landois ont cru démontrer l'influence de la zone motrice corticale sur les mouvements de contraction des vaisseaux. Sur des chiens préalablement curarisés et chloroformés, ils excitent l'écorce cérébrale en certains point déterminés, et prennent en même temps la température des membres au moyen d'aiguilles thermo-électriques. Or, ils constatent des effets thermiques très-appréciables et souvent plus persistants que les troubles moteurs : simultanément, ils notent la fréquence des symptômes oculo-pupillaires et la constance de la sécrétion salivaire qui est considérablement augmentée : ils en concluent à l'existence, dans l'écorce cérébrale, de centres vaso-moteurs distincts. Mais ces résultats expérimentaux n'ont pas tardé à être contestés. Tout récemment, Kuessner, reprenant les recherches d'Eulenburg sur des lapins, vient de montrer que les destructions partielles de la substance du cerveau ne déterminent pas de modifications permanentes de la température, comme cela devrait être s'il existait de véritables centres vaso-moteurs. Il est vrai que l'on peut faire une grave objection aux expériences de Kuessner ; cet observateur s'est servi en effet du procédé des injections interstitielles de Nothnagel, qui diffusent et ne permettent aucune localisation précise. Mais M. Bochefontaine, de son côté, a vérifié les expériences d'Eulenburg en s'entourant des plus minutieuses précautions, et il a montré combien il fallait se défier des interprétations prématurées relatives aux prétendus centres vaso-moteurs. En effet, chez les animaux opérés, il a pu, en employant une excitation identique, provoquer tantôt une augmentation, tantôt une diminution de la pression artérielle : ici une accélération, là un ralentissement du pouls. Ces variations ne s'expliqueraient guère dans l'hypothèse d'un véritable centre vaso-moteur périphérique : elles se comprennent, au contraire, si l'on admet avec M. Bochefontaine que l'excitation faradique se propage à distance par les fibres blanches et va gagner les centres gris basilaires d'où émanent les nerfs dépresseurs de la circulation générale. Pareille interprétation peut être fournie des phénomènes pupillaires et des troubles de la sécrétion salivaire. Il est vraisemblable que l'excitation périphérique (laquelle est la même quel que soit le point de la surface cérébrale que l'on faradise) agit sur la moelle allongée d'où le sympathique cervical tire son origine, et aussi sur les tubercules quadrijumeaux en rapport avec les organes de la vision. En un mot, il se produit là des phénomènes réflexes, qui, à l'exemple des autres actes réflexes de l'encéphale récemment étudiés par Langendorff, retentissent surtout sur la protubérance et le bulbe. C'est assez dire que les centres vaso-moteurs corticaux de l'encéphale ne nous semblent nullement démontrés

En résumé, ce qui ressort de tous ces travaux, malgré leurs contra-

dictions, c'est qu'il n'est pas indifférent d'opérer indistinctement sur telle ou telle partie de l'écorce cérébrale, soit pour l'exciter, soit pour la détruire. Quelle que soit l'opinion que l'on se fasse de l'essence des centres psycho-moteurs, qu'il s'agisse d'une action directe ou à distance, le fait acquis est celui-ci. C'est qu'un certain groupe de fibres, mettant en relation l'écorce grise du cerveau et les corps striés, paraissent être les conducteurs spéciaux des mouvements volontaires. Même les adversaires de Ferrier, qui font les plus graves objections à ses procédés expérimentaux, ceux qui, à l'exemple d'Onimus, rejettent les courants faradiques et continus comme se diffusant dans la substance encéphalique par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins, ceux-là, dis-je, sont obligés d'accepter le fait expérimental, tout en réservant son interprétation: car le même courant, appliqué sur la région occipitale, ne provoquera nullement les mêmes effets. Nous ne croyons donc pas que l'on puisse nier le fait fondamental d'Hitzig et de Ferrier, à savoir qu'il existe dans le cerveau un territoire spécial, dont l'excitation provoque des mouvements déterminés, dont la destruction entraîne des paralysies. Physiologiquement, la région motrice de l'écorce encéphalique nous semble un fait acquis ; nous allons essayer de prouver que cliniquement les documents s'accumulent pour confirmer cette conclusion générale.

2e PARTIE. — PATHOLOGIE.

Les faits cliniques publiés depuis ces deux dernières années se sont tellement multipliés, que nous ne saurions avoir la prétention de les rassembler tous dans cette revue: aussi bien l'énumération de cas très-semblables serait-elle forcément aride et fastidieuse. Ce qui ressort en effet, de toutes ces observations, comme nous aurons l'occasion de le montrer, c'est que, à part quelques exceptions fort rares et qui restent tout à fait isolées, les recherches anatomo-pathologiques récentes confirment, dans ce qu'elles ont de plus général, les conclusions physiologiques d'Hitzig et de Ferrier.

Dans notre précédente revue, nous avions cherché à poursuivre une assimilation complète entre les phénomènes cliniques et les phénomènes physiologiques, et nous avions fait voir que les cas d'épilepsie partielle, étudiés surtout en Angleterre par Jackson et en France par M. Charcot, répondaient aux excitations expérimentales des centres psycho-moteurs de Ferrier. Depuis lors, un important travail de M. Landouzy a confirmé de point en point les faits avancés, et montré combien fréquemment l'origine des convulsions épileptiformes devait être cherchée dans une irritation de la zone motrice corticale de l'encéphale. Cet observateur distingué a réuni plus d'une centaine de cas dans lesquels des lésions disparates avaient eu pour conséquence des mouvements convulsifs localisés aux membres ou à la face : or, qu'il s'agisse de méningites, de plaques tuberculeuses, d'îlots de sclérose, de tumeurs, de foyers d'hémorrhagie ou de ramollissement, toutes ces altérations, si dissemblables de nature, concordaient en un seul point, à savoir qu'elles occupaient une région circonscrite de la zone fronto-pariétale. Sans revenir sur ce travail important, qui a été analysé dans la revue (*R.S.M.*, VIII, p. 186) et qui est devenu

classique dans l'histoire clinique des localisations cérébrales, nous ferons remarquer qu'il y a là un ensemble de faits imposant, et que depuis, la plupart des observations recueillies avec soin, en précisant la topographie de la lésion, sont confirmatives des résultats annoncés par Landouzy. Citons en au hasard quelques-unes des plus récentes. M. Henrot, médecin de l'hôpital de Reims, rapporte un fait d'épilepsie partielle du bras gauche, suivie de parésie incomplète : à l'autopsie, on trouve une masse tuberculeuse isolée au niveau du tiers moyen de la frontale ascendante du côté droit. — Une malade est atteinte de mouvements convulsifs de nature choréiforme du bras gauche : quelques jours après, hémiplégie du même côté : il s'agissait d'une tumeur de la dure mère comprimant la racine de la deuxième et de la troisième frontale et la moitié inférieure de la frontale ascendante (Charcot et Pitres). — Dentan relate un exemple d'accès épileptiformes prédominants à droite, aboutissant de même ultérieurement à une paralysie ; l'examen de l'encéphale fait voir sur le lobe frontal gauche une tumeur empiétant jusqu'au niveau de la frontale ascendante. Byrom Bramwell cite un fait analogue : convulsions de la face et du bras droit, hémiplégie consécutive : ramollissement de la pariétale gauche ascendante. Même localisation, produite par une tumeur dans le cas de Jackson : accès épileptiformes commençant par le pouce de la main droite et s'étendant à tout le membre supérieur; ultérieurement, monoplégie brachiale. Parfois, la localisation et plus étendue et empiète simultanément sur la frontale et la pariétale ascendantes : tel le fait de Burresi, publié en mars 1877 : Epilepsie partielle et parésie du membre supérieur gauche, avec diminution de la sensibilité ; finalement monoplégie avec anesthésie complète : à l'autopsie, masse tuberculeuse agglomérée des deux côtés de la scissure de Rolando. Rosenthal, dans son livre classique, a relaté un fait analogue, dû à un sarcome.

Ces exemples, qu'il serait aisé de multiplier, montrent que la pathogénie des convulsions a fait un progrès considérable grâce à la connaissance des centres moteurs corticaux. Lorsque l'on voit en effet, comme dans plusieurs des cas sus-mentionnés, des secousses convulsives partir d'un membre, s'y localiser, se répéter sous-forme d'accès offrant constamment un caractère identique, puis disparaître pour faire place à une paralysie circonscrite : lorsque l'autopsie fait voir une lésion limitée, correspondant à des circonvolutions fronto-pariétales définies, toujours les mêmes, la conclusion s'impose d'emblée, et la comparaison du symptôme et de la lésion nous semble avoir une force de démonstration égale, sinon supérieure, à l'expérience la mieux faite et la plus précise. En présence de faits aussi nets, comment peut-on soutenir sérieusement qu'il s'agisse là d'une excitation cérébrale fortuite, indifférente, susceptible de se produire également sur tous les points de l'écorce encéphalique ? Au moins concédera-t-on que nulle part ces effets ne sont plus saillants ni plus constants que dans les régions précitées, et ce serait assurément une coïncidence singulière que de voir tous les cas récemment observés, confirmer avec un ensemble remarquable les résultats expérimentaux, s'il n'y avait là qu'une série de hasard.

Je sais bien que les adversaires des localisations ne sont pas embarrassés pour repousser ce premier ordre de faits cliniques. Les phénomènes d'excitation cérébrale, disent-ils, ne prouvent rien, même quand

ils sont limités : l'excitation provoquée à l'extrémité d une fibre motrice peut retentir à son extrémité opposée, et la tumeur ou le foyer hémorrhagique qui détermine une convulsion agit en réalité sur le corps strié, sur les pédoncules ou sur tel ou tel centre profond de la base de l'encéphale.

Nous acceptons en partie cette interprétation, et nous concédons qu'en excitant la région pariéto-frontale des circonvolutions, les lésions pathologiques puissent, en réalité, avoir leur contre-coup fonctionnel dans le corps strié. Au point de vue clinique où nous nous plaçons en ce moment il n'en est pas moins vrai que la région fronto-pariétale est la seule où ces effets soient constants et invariables, et par suite il nous semble logique de l'assimiler à un centre moteur véritable.

Néanmoins cette argumentation ne serait pas suffisante, si elle s'appliquait exclusivement aux phénomènes d'excitation cérébrale, convulsions et accès épileptiformes. Bien que les faits accumulés dans ces derniers temps fournissent de sérieuses présomptions en faveur d'une lésion corticale (lorsque l'on se trouve en présence d'une épilepsie partielle débutant par la périphérie des membres) cependant il ne faut pas oublier que les convulsions constituent un phénomène banal, relevant aussi souvent d'une origine réflexe que d'une cause directe. Sous ce rapport les objections de M. Brown-Séquard sont justes, et la notion seule de la convulsion n'est pas suffisante pour faire affirmer la localisation. Ainsi, par exemple, la rotation de la tête et la déviation conjuguée des yeux, que l'on a signalée dans plusieurs observations de lésions de circonvolutions, ne saurait être, jusqu'à nouvel ordre, considérée comme la preuve de l'excitation directe des centres corticaux de l'œil et de la tête. Il est fort possible que ce ne soit là qu'une action à distance, un retentissement de la lésion corticale sur les centres ganglionnaires, et même peut-être sur la bulbe et la protubérance.

On ne peut en dire autant des cas, où à la place de phénomènes d'excitation localisée, une lésion corticale produit la paralysie. Ces exemples fourmillent, et on en connaît actuellement plus d'une centaine, qui tous viennent confirmer avec un ensemble parfait, la réalité de la zone motrice des circonvolutions. La plupart de ces faits ont été résumés, sous formes de tableaux synoptiques, dans le travail très-complet de Maragliano sur les localisations cérébrales, et nous ne croyons pas nécessaire de les reproduire dans une énumération qui ne pourrait manquer d'être aride.

Ce qu'il importe de mettre en relief, pour bien faire comprendre la signification pathogénique de ces paralysies corticales, c'est que, d'une part de très-petites lésions siégeant dans les circonvolutions de la région motrice, suffisent à produire des pertes de mouvement considérables et définitives, tandis que d'autre part, des altérations anatomiques énormes, empiétant parfois sur la presque totalité d'un lobe encéphalique, sont impuissantes à provoquer le moindre trouble moteur, lorsqu'elles se rencontrent en dehors de cette région. Nous allons essayer de faire cette double démonstration. Tout d'abord les faits positifs de paralysies corticales vont nous permettre de préciser, au moins approximativement, la position des centres moteurs : puis les faits négatifs, servant de contrepartie aux données précédentes, nous montreront dans quelles limites il est permis de circonscrire la zone motrice de l'écorce encéphalique.

A. — *Démonstration des centres moteurs par les faits cliniques positifs.*

Trois ordres de faits positifs concordent à établir la vérité des centres moteurs corticaux. Tout d'abord, la paralysie d'un membre ou d'une moitié du corps, correspondant à une destruction limitée de certaines circonvolutions; c'est le cas le plus commun. Secondement, la suppression des mouvements d'un membre amenant comme conséquence éloignée l'atrophie de certains plis cérébraux. Troisièmement, enfin, l'existence avérée de dégénérescences ascendantes se propageant de l'écorce grise aux ganglions centraux et à la moelle, à la suite d'altérations limitées de la zone motrice. Nous allons successivement envisager ces trois ordres de faits cliniques.

I. — Les faits d'hémiplégie et de monoplégie survenant à l'occasion de lésion corticales, se sont assez multipliés depuis deux ans, pour qu'il soit possible de les soupçonner cliniquement, et même de tenter un diagnostic de localisation plus précise. Les choses ordinairement, se passent de la façon suivante. Un individu, avec ou sans convulsions antérieures est pris d'un affaiblissement du bras ou de la jambe, quelquefois de la face du même côté. Cet affaiblissement ne tarde pas à se transformer en une véritable hémiplégie, presque en tout comparable aux hémiplégies par lésions du corps strié, avec cette différence cependant qu'elle est ordinairement circonscrite, incomplète, et assez fréquemment transitoire et passagère. Nous avons insisté ailleurs sur ces caractères et nous ne faisons que les rappeler ici. Mais nous nous arrêterons avec plus de détails sur la discussion des faits relatifs aux monoplégies, parce qu'ils ont, au point de vue de la théorie des centres psycho-moteurs, une bien plus grande importance.

Depuis notre précédente revue, plusieurs faits intéressants de *monoplégie du bras* ont été publiées : ce sont les suivantes :

M. Raynaud, en juillet 1876 a observé une paralysie limitée au membre supérieur gauche chez un phthisique : l'autopsie montra qu'il s'agissait d'un petit foyer de ramollissement développé autour d'un tubercule situé sur la pariétale ascendante, vers son tiers supérieur.

En décembre de la même année Marot présenta à la Société anatomique un fait cliniquement analogue : c'était une monoplégie du membre supérieur droit, due à un gliome siégeant au niveau du tiers moyen de la frontale ascendante gauche.

En mai 1877, observation de M. Clauzel de Boyer, relative à une monoplégie brachiale gauche avec contracture secondaire permanente : plaque jaune ancienne correspondant aux deux circonvolutions marginales, et due à l'oblitération des branches ascendantes de la sylvienne droite.

Trois mois plus tard, M. Bourdon fait connaître à l'Académie de médecine deux faits nouveaux : dans l'un, la paralysie était limitée à l'avant bras et à la main droite, et causée par un foyer hémorrhagique situé à la partie supérieure de la frontale ascendante gauche; dans l'autre, dû à M. Vermil, il s'agissait d'un traumatisme ayant déterminé des foyers de

ramollissement sur la frontale ascendante gauche et la pariétale ascendante droite, et s'étant traduit cliniquement par une paralysie des deux bras.

En Allemagne, Berger a publié un fait tout à fait confirmatif des précédents. Le malade avait été pris de convulsions, puis d'une paralysie localisée au bras et à la face du côté droit. La lésion, qui était un foyer de ramollissement, siégeait sur la circonvolution pariétale ascendante, à 4 centimètres de la ligne médiane.

Enfin, pour compléter cette série, citons deux cas inédits recueillis dans le service de M. le Dr Bourdon par M. Decaisne, et qui se rapportent également à des altérations des circonvolutions fronto-pariétales. En y réunissant les observations publiées antérieurement à l'année 1876, on arrive ainsi à un total de 15 à 16 faits cliniques de monoplégies brachiales, dans lesquelles la topographie de la lésion a été soigneusement notée.

De l'étude de ces observations se dégage une double conclusion. La première, c'est que, dans tous les cas mentionnés la région encéphalique altérée correspond exactement aux circonvolutions fronto-pariétales, c'est-à-dire à la zone motrice de Hitzig et de Ferrier. C'est donc la confirmation des données expérimentales. Mais cette concordance ne se retrouve plus aussi complète, lorsqu'il s'agit de préciser exactement les limites du centre des mouvements des bras. D'après les physiologistes (et M. Charcot aurait de la tendance à se rallier à leur opinion), ce centre siégerait dans le tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante. Or, comme l'a fait remarquer M. Bourdon, il suffit de comparer les observations précédentes pour voir que cette localisation ne se vérifie nullement d'une manière aussi absolue. En effet, nous voyons la lésion siéger, tantôt exclusivement sur la frontale ascendante (Marot, Bourdon) tantôt sur la pariétale (Raynaud, Beger) quelquefois, sur le même malade, elle est diversement localisée: ainsi, chez le sujet de l'observation de Vermil, une paralysie brachiale identique correspondait à des désordres situés d'un côté sur la frontale, de l'autre sur la pariétale ascendante; que doit-on conclure de ces divergences? Faut-il rejeter la réalité du centre du bras? ou plutôt ne convient-il pas de le considérer comme beaucoup moins circonscrit ? Telle est, pour notre part, l'opinion qui nous semble la plus rationnelle.

Nous croyons que la zone originelle des mouvements du membre supérieur est beaucoup plus large qu'on ne l'a dit, et nous n'en voulons d'autres preuves que les deux faits de M. Decaisne, ressortissant l'un et l'autre à une monoplégie brachiale limitée. Dans le premier cas, le ramollissement occupait à la fois la frontale ascendante, la 2e frontale, le lobule pariétal et le lobule du pli courbe. Dans le second, la frontale ascendante, la pariétale ascendante et la 2e pariétale étaient intéressées. On se serait attendu, assurément à des lésions moins diffuses, en présence d'une paralysie aussi limitée.

Les considérations précédentes trouvent également leur application quand il s'agit de préciser le *centre des mouvements de la face*. Ce qui semblait résulter des premières observations publiées (Wernher 1873, Hervey 1874) c'est qu'en pareil cas la lésion siégeait vers la partie inférieure de la frontale ascendante, au voisinage de la scissure de Sylvius;

ainsi expliquait-on la coexistence parfois signalée de l'aphasie et de la paralysie faciale. Mais des faits récents de paralysie simultanée de la face et des membres imposent à cet égard une grande réserve, car ils montrent, tantôt des lésions limitées à la frontale ascendante, tantôt à la pariétale, tantôt enfin communes aux deux circonvolutions marginales.

Parmi les observations de lésions de la frontale ascendante donnant lieu à l'hémiplégie des membres et de la face, citons les suivantes:

Palmerini : hémiplégie droite des membres et de la face : ramollissement de la frontale ascendante gauche à son tiers moyen.

Même lésion chez un aliéné lypémaniaque qui finalement devint hémiplégique.

Dieulafoy, il y a déjà une dizaine d'années, avait publié un cas de localisation analogue (*Gaz. hôp.*, 1868 p. 150); il s'agissait de la coïncidence d'une monoplégie du bras droit et d'une hémiplégie faciale du même côté : à l'autopsie, il trouva un petit foyer hémorrhagique de la frontale ascendante gauche, vers son tiers inférieur.

Enfin Barlow, en juillet 1877, a fait connaître le cas suivant : hémiplégie droite, paralysie faciale, avec gêne de la déglutition : petits foyers situés le long de la frontale ascendante, vers sa base.

A ces observations, qui sont la confirmation précise des expériences de Ferrier, on peut objecter les suivantes, où la lésion, au lieu d'occuper la frontale ascendante, siégeait sur la pariétale.

Dans le fait de Byrom Bramwell, que nous avons déjà cité, le ramollissement existait vers la partie moyenne de cette circonvolution. Il en était de même sur la pièce présentée à la Société anatomique par M. de Beurmann. Un foyer hémorrhagique situé dans l'épaisseur de la pariétale ascendante gauche avait donné lieu à une hémiplégie droite des membres et de la face. Landouzy a fait récemment connaître un cas où l'hémiplégie faciale et la monoplégie brachiale étaient en rapport avec des plaques de tubercules méningés disséminées le long des deux circonvolutions marginales, et surtout confluentes vers les 2/3 inférieurs.

En résumé, de même que le centre des mouvements du bras, celui des mouvements de la face paraît occuper une zone assez large, et on ne saurait soutenir, d'une manière absolue, sa localisation exclusive à la frontale ascendante. Ce qui semble moins problématique, c'est que les lésions qui donnent lieu à la paralysie faciale sont situées en général assez bas dans la région fronto-pariétale, et notablement au-dessous de celles qui amènent la monoplégie brachiale. Ceci est intéressant à noter, car Ferrier a montré que chez le singe les centres expérimentaux sont superposés de la même manière. Un fait de Seeligmüller paraît assez concluant à cet égard. Il concerne un malade qui, atteint d'abord de convulsions épileptiformes de la moitié de la face, est bientôt atteint de paralysie faciale : puis surviennent des secousses convulsives dans le bras droit, et finalement, une paralysie de ce membre. L'autopsie révèle un sarcome de la circonvolution pariétale ascendante, ayant débuté à la partie inférieure de la circonvolution, pour progresser ensuite vers son tiers supérieur. Néanmoins, malgré ces faits probants, on ne saurait encore établir que des présomptions au sujet de la limitation clinique du centre des mouvements de l'expression faciale.

Nous croyons devoir formuler les mêmes réserves au sujet *du centre*

des mouvements des paupières, bien que, depuis notre précédente revue, certains faits cliniques bien observés soient venus en rendre très-vraisemblable la réalité. Le premier observateur qui ait attiré l'attention sur ces faits est M. Grasset, qui dès 1876, signalait un cas de blépharoptose d'origine corticale : la lésion siégeait au haut de la scissure parallèle. Landouzy n'a pas tardé à en retrouver un second, et à cette occasion, il a rassemblé tous les cas jusqu'à présent connus de cette localisation, au nombre d'une douzaine environ. Mais, il faut bien le dire, jusqu'ici la topographie des altérations n'est nullement concordante : Ainsi, dans les observations de Dussaussay et de Landouzy, il s'agissait des désordres siégeant dans le lobule pariétal supérieur, plus ou moins loin du pli courbe : dans celle de Joanny Rendu, le ramollissement occupait le tiers inférieur de la pariétale ascendante, et empiétait légèrement sur la circonvolution qui part de ce point pour former le lobule du pli courbe. Le cas de M. de Boyer concernait un ramollissement des circonvolutions temporales qui gagnait la profondeur du pli courbe. En résumé, rien de saillant ne se dégage de toutes ces observations, si ce n'est la présomption assez vraisemblable que c'est dans la région postérieure du lobe pariétal que doit résider le centre cortical du moteur oculaire commun. Landouzy fait également remarquer que ce centre doit être assez éloigné de ceux des membres, car il est tout à fait insolite de rencontrer l'association du ptosis palpébral et de l'hémiplégie.

Il ne faut pas confondre, en effet, le centre des mouvements de l'œil avec le centre de la vision, lequel, d'après les expériences de Ferrier, occuperait une région fort différente. On pourrait le croire en lisant une observation assez complexe de Westphal, qui rapporte l'histoire d'un malade atteint de contracture, puis d'hémiplégie du bras gauche, et devenu subitement aveugle. Tous ces symptômes dépendaient d'une tumeur occupant le lobe pariétal droit, et empiétant sur les circonvolutions fronto-pariétales : mais simultanément elle intéressait la substance blanche et le corps strié, en sorte que cette localisation n'offre aucune certitude.

Pour la même raison, nous nous abstiendrons de parler des faits cliniques qui tendent à faire localiser le centre des mouvements du membre inférieur. Ces observations sont très-peu nombreuses. Aux cas signalés par Lœffler, Luys et Landouzy, on peut en ajouter trois nouveaux, publiés depuis le mémoire de M. Grasset : ce sont ceux de Mossé, de Clauzel de Boyer et de Bourdon ; mais nulle conclusion précise n'est encore possible à cet égard.

II. — Nous venons de voir les lésions limitées des circonvolutions de la zone motrice déterminer des paralysies circonscrites, qui témoignent de la réalité des centres corticaux. Voici actuellement un autre ordre de lésions qui conduisent aux mêmes conclusions théoriques : ce sont les atrophies qui surviennent au niveau de certaines régions cérébrales, soit d'emblée, soit consécutivement à l'inertie fonctionnelle longtemps prolongée, de tel ou tel membre. Déjà, il y a dix ans, M. Cotard avait attiré l'attention sur des faits de ce genre. Dans un cas de monoplégie brachiale gauche datant de plusieurs années, il avait vu chez une vieille femme de la Salpêtrière la substance corticale de l'hémisphère droit atrophiée depuis l'extrémité supérieure du sillon de Rolando jusqu'au lobe

occipital, c'est-à-dire précisément dans la région correspondante à la zone motrice. Depuis, plusieurs observations analogues ont été signalées. Sans parler de certains cas d'hémiplégie spasmodique de l'enfance où l'autopsie révèle en général l'atrophie de tout un hémisphère (cas de Poullain), on constate presque toujours, en pareille circonstance, que les circonvolutions marginales et le lobule paracentral sont plus particulièrement atrophiés que les régions adjacentes (Palmerini). Le lobule paracentral, notamment, a été trouvé réduit de moitié dans les observations de Charcot et Pitres, dans le fait de Bourneville, et dans une intéressante observation publiée par M. de Boyer dans le *Progrès médical.*

Les amputations des membres donnent lieu à des lésions secondaires de l'encéphale qui viennent à l'appui des localisations précédemment exposées. Bien que ces faits soient relativement rares, on en connaît maintenant un certain nombre, qui tous concordent à justifier la loi de Ferrier. Ainsi M. Chuquet a montré à la Société anatomique le cerveau d'un homme amputé du bras, sept ans auparavant, à Reischoffen. Il existait dans le tiers supérieur de la circonvolution pariétale ascendante, une atrophie très-prononcée : comparée à sa congénère du côté opposé, cette circonvolution avait perdu les 2/3 de son volume. M. de Boyer a présenté un fait analogue : c'était un homme de 79 ans, amputé du bras 31 ans auparavant pour une morsure de cheval. Chez lui, les deux circonvolutions marginales étaient atrophiées, mais surtout la frontale ascendante qui était réduite à un pli très-grêle. Des observations du même genre ont été faites par Féré, pour le membre supérieur; par Luys, pour le membre inférieur. Dans les deux cas de Luys, l'atrophie portait de préférence sur la frontale ascendante vers son 1/3 supérieur; un autre malade, également privé depuis longtemps de son membre inférieur offrait une dépression linéaire avec interruption de continuité de la deuxième circonvolution frontale droite.

Des malformations congénitales ou acquises qui empêchent pendant de longues années l'usage d'un membre, sont susceptibles d'entraîner des atrophies secondaires de l'encéphale, tout comme les amputations chirurgicales. Landouzy a constaté le fait sur un homme mort d'une affection cardiaque, et qui avait une malformation considérable du membre inférieur droit. Tout l'hémisphère gauche paraissait plus petit que le droit, et ne pesait que 535 grammes au lieu de 554. La circonvolution pariétale ascendante gauche était surtout plus effilée et manifestement atrophiée. Oudin a cité une observation presque analogue : une femme atteinte depuis l'âge de 9 ans, à la suite d'une chute, d'une déformation considérable du membre inférieur droit (genou coudé à angle droit sur la cuisse, arrêt de développement de la jambe), meurt de pneumonie à 76 ans. A l'autopsie, diminution de volume de l'hémisphère gauche, portant surtout sur la première frontale, au point où elle rencontre la frontale ascendante : le lobe pariétal et la pariétale ascendante sont également grêles et effilés; le sillon de Rolando plus court et le lobule paracentral plus étroit.

On ne saurait, assurément, tirer de ces observations des conséquences absolues; car la plupart du temps, en pareil cas, on trouve tout l'hémisphère plus ou moins atrophié. Néanmoins, rapprochés des paralysies d'origine corticale, ces faits ont leur valeur, en ce qu'ils montrent

la prédominance de l'atrophie dans les points où l'expérimentation et la clinique placent les centres de l'écorce cérébrale.

III. — Un dernier argument à l'appui est fourni par les dégénérescences descendantes que l'on constate à la suite de lésions de la zone motrice. M. Charcot a insisté le premier sur l'existence de ces scléroses émanées de la superficie cérébrale, et la thèse de M. Lépine (1875), en renfermait déjà plusieurs exemples. Depuis, ces faits se sont multipliés, et on les trouvera pour la plupart résumés dans le mémoire classique de MM. Charcot et Pitres, et dans la thèse inaugurale d'Issartier. L'observation de Brun, citée par M. Charcot, peut servir de type pour les cas analogues. Elle concerne un malade atteint d'hémiplégie gauche depuis quatre ans, avec contracture permanente du membre supérieur et paralysie faciale. L'autopsie montra une plaque jaune occupant, sur l'hémisphère droit, le pied de la deuxième et de la troisième frontales, la frontale ascendante dans ses deux tiers inférieurs, et la pariétale ascendante dans sa moitié inférieure. La dégénérescence descendante se retrouvait sur la protubérance, le bulbe et la moelle du côté opposé. Or, ce qui résulte de la comparaison d'un grand nombre de faits, c'est que ces dégénérations ne se produisent jamais lorsque les lésions encéphaliques siégent en dehors de la zone motrice : elles se produisent au contraire d'une façon presque constante lorsque les altérations destructives, même peu étendues, siégent sur la zone motrice. Le trajet de ces dégénérations secondaires à travers les pédoncules, le bulbe et la moelle épinière, occupe exactement la même topographie que lorsqu'il s'agit d'altérations des corps optostriés, et les conséquences cliniques sont identiquement les mêmes. En un mot, les choses se passent comme si les fibres motrices cérébrales avaient leur centre trophique dans la substance grise corticale où elles se terminent. M. Issartier a vérifié expérimentalement cette hypothèse, en montrant que dès le quatrième jour, chez le chien, les fibres nerveuses sous-jacentes à une lésion des circonvolutions motrices ont perdu leur excitabilité, et qu'elles ne tardent pas à s'infiltrer de nombreux corps granuleux. Le résultat final de cette altération est la production d'une atrophie avec sclérose, tout comme pour les fibres des nerfs que l'on sépare de leurs origines centrales.

Ainsi, tout concorde à établir que dans le cerveau existe une région spéciale, affectée spécialement aux mouvements volontaires, et qui mérite réellement le nom de région motrice. L'excitation limitée de cette zone provoque des secousses convulsives : sa destruction, par une lésion quelconque, entraîne des paralysies localisées, et des dégénérations descendantes. En présence de ces faits, on ne peut, à notre sens, formuler que deux hypothèses : ou bien les circonvolutions motrices constituent réellement un centre périphérique, ou bien elles sont en rapport intime, anatomiquement et fonctionnellement, avec les corps striés, véritables centres moteurs. La première de ces théories est adoptée par M. Charcot ; la seconde par M. Vulpian. Au point de vue clinique, ces divergences d'opinion sont secondaires. Ce qu'il importe, c'est de savoir que des troubles moteurs graves, tels que des paralysies, ne se produisent pas indifféremment, quel que soit le point de l'encéphale lésé : c'est qu'on admette l'existence d'une région à part, ayant des fonctions différentes du reste de l'encéphale, et constituant comme un organe moteur, isolé,

dans le cerveau lui-même. Or, c'est ce qui nous semble ressortir des faits précédents; nous devons maintenant, pour compléter la démonstration, faire voir que les autres régions du cerveau ne se comportent pas de même et que les plus grosses lésions peuvent y rester silencieuses.

B. — *Démonstration des zones latentes corticales.*

La présence de zones latentes dans les hémisphères cérébraux constitue la contre-partie de l'histoire des localisations cérébrales, en permettant de préciser les limites de la région corticale motrice. Ce travail a été fait tout récemment avec compétence et talent par M. Clauzel de Boyer, dans un mémoire inédit riche en faits nouveaux et en pièces justificatives. C'est à ce travail que nous empruntons la plupart des documents qui suivent:

On peut poser en principe que plus les altérations encéphaliques s'éloignent du sillon de Rolando, moins elles provoquent de retentissement dans la sphère des phénomènes moteurs. C'est ce qui ressort de la façon la plus nette d'un relevé de 38 observations relatives à des lésions de diverse nature, qui ont été publiées dans ces dernières années avec des détails topographiques complets.

Tout d'abord, la face inférieure de l'encéphale constitue l'une des régions les plus indifférentes; et si la présence d'une tumeur ou d'un foyer hémorrhagique en ces points donne lieu à quelques troubles de la santé générale, il est tout à fait exceptionnel de rencontrer la paralysie parmi ces symptômes. Qu'il s'agisse d'une altération du lobe sphénoïdo-occipital (un abcès dans le cas d'Herpin, un foyer gangréneux dans celui de Bazy) ou de la région temporale inférieure (faits de Shaw, de Boyer, etc.), ou enfin de la région frontale inférieure (Verneuil), ces lésions restent complétement latentes et leurs seules manifestations sont la céphalée persistante, l'obscurcissement progressif de l'intelligence et le coma; parfois même ces troubles fonctionnels sont assez peu marqués pour pouvoir être méconnus. Nous avons récemment présenté à la Société anatomique un exemple de kyste hydatique occupant la région frontale inférieure, et empiétant sur la sphénoïdale; pendant la vie, les seuls symptômes observés avaient été une dépression intellectuelle de plus en plus accusée, sans troubles moteurs d'aucun genre. On peut, avec M. Charcot, faire remarquer que tout le territoire des circonvolutions ainsi latentes correspond précisément à la distribution anatomique de l'artère cérébrale postérieure, quelquefois à celui de la cérébrale antérieure, mais jamais à celui de la sylvienne.

Ce qui est vrai pour la face inférieure du cerveau l'est également pour la face interne des hémisphères. Au niveau du tiers antérieur de la scissure hémisphérique, la lésion des frontales internes ne provoque aucun trouble de la motilité; témoin le fait de Sabourin, concernant un psammome limité à la première frontale interne et resté absolument latent pendant la vie: de même, les régions postérieures, le coin et l'avant-coin sont également indifférents: M. Léger, en 1876, en a montré un exemple concluant: il s'agissait d'un gliome occupant l'avant-coin et pénétrant de là dans les deux hémisphères.

Sur la face supérieure du cerveau, c'est encore la série des circonvolutions qui reçoivent le sang de l'artère cérébrale antérieure et de la postérieure qui constituent la zone latente. En avant, des lésions fort profondes peuvent faire disparaître une partie du lobe frontal, sans que l'on constate cliniquement autre chose que de l'affaiblissement intellectuel, de la somnolence et du coma. Plusieurs faits de ce genre ont été publiés, surtout à la suite des traumatismes de la région frontale. Ainsi M. Hirtz a rapporté l'histoire d'un abcès du cerveau occupant l'extrémité antérieure des deux premières circonvolutions frontales, sans paralysie: M. Baraduc a fait voir un cancer siégeant de chaque côté de la scissure inter-hémisphérique sur le tiers antérieur du lobe frontal : de même, de nombreux faits relatifs à des ramollissements du lobule pariétal postérieur et de la région occipitale ont démontré combien peu ces localisations éveillaient de troubles moteurs. La plus remarquable de ces observations est celle de MM. Charcot et Pitres : il s'agissait d'une vaste plaque jaune recouvrant le gyrus angulaire, une partie du lobule pariétal supérieur, et la région occipitale, y compris le coin et l'avant-coin. Cette énorme lésion ne s'était traduite par aucun désordre de motilité appréciable.

Si l'on passe à l'étude de la face externe, on arrive à des conclusions identiques. Ici encore, la région frontale proprement dite, et presque toujours les régions pariétale et occipitale, ne s'accompagnent point de paralysie quand elles sont lésées. Marot a montré un cas de destruction de la première frontale sans troubles moteurs : Atkins, tout récemment, a publié le fait d'une tumeur du volume d'une pomme qui s'était localisée dans le lobe gauche temporo-sphénoïdal sans intéresser les ganglions centraux : le seul symptôme observé avait été un affaiblissement progressif du malade sans paralysie véritable. Le même auteur a fait également connaître un cas de ramollissement du lobule temporal inférieur et des faisceaux blancs sous-jacents aux circonvolutions occipitales, complétement latent au point de vue symptomatique.

Relativement à la *partie inférieure du lobule pariétal*, les faits sont contradictoires. On a vu que d'après Landouzy, ce serait dans la région du pli courbe qu'il faudrait chercher le centre des mouvements des yeux. Cette localisation paraît en effet d'accord avec quelques faits cliniques ; mais il en est d'autres en contradiction avec les données précédentes. Ainsi, M. Charcot a publié une observation de ramollissement du lobule pariétal inférieur, du pli courbe, de la moitié postérieure de l'insula de Reil, et des deux premières circonvolutions temporales ; ces graves désordres ne s'étaient accompagnés d'aucuns symptômes moteurs. On peut donc considérer le lobule pariétal inférieur comme appartenant à la zone latente.

La même remarque est applicable aux *localisations du lobe occipital.* Nombre de faits cliniques ont démontré qu'il pouvait être le siége de lésions très-étendues, sans qu'il s'ensuivît de paralysie ni de troubles fonctionnels spéciaux. Un des plus démonstratifs est celui de Marchant, constatant sur la région occipitale du cerveau d'un coxalgique tuberculeux de nombreux amas de granulations ayant envahi les circonvolutions sous-jacentes, sans qu'il y eût eu pendant la vie de parésie ou même d'affaiblissement des membres opposés. Toutefois, une observation de Baum-

garten ferait croire que l'hémiopie peut être la conséquence d'une lésion des circonvolutions occipitales. Voici le fait. Un homme vigoureux est pris, à la suite d'un refroidissement, d'une hémiopie latérale gauche, qui persiste jusqu'à la mort. On trouve à l'autopsie, comme unique lésion, un ancien kyste apoplectique du lobe occipital droit, du volume d'un marron, recouvert par les trois circonvolutions occipitales ramollies. Les tubercules quadrijumeaux, les nerfs et les bandelettes optiques étaient absolument sains. Nous n'avons retrouvé aucun autre exemple analogue et nous nous bornons à l'enregistrer, en faisant remarquer que dans la plupart des cas de lésions occipitales on ne trouve pas signalés les troubles oculaires.

De cet ensemble de faits, qu'il serait facile de multiplier beaucoup (Clauzel de Boyer en a réuni 93 exemples) ressort la réalité clinique de la région motrice de l'écorce cérébrale. Elle nous semble démontrée, non-seulement directement par les paralysies qui accompagnent les lésions des circonvolutions fronto-pariétales, mais indirectement par l'innocuité de ces mêmes lésions, alors qu'elles siégent sur les lobes frontal, temporo-sphénoïdal, pariétal inférieur et occipital. Tous les faits qui se publient journellement confirment d'une façon éclatante cette vérité clinique, et loin de dire avec Brown-Séquard que le diagnostic du siége des lésions encéphaliques est impossible, il nous paraît légitime de conclure que l'on a fait un grand pas dans la question avec la connaissance des centres corticaux de l'encéphale.

Néanmoins, comme dans une question encore à l'étude il convient de citer les arguments défavorables à la théorie, aussi bien que ceux qui la confirment, nous devons mentionner ici un fait exceptionnel qui vient d'être publié par M. Jaccoud, et qui semble en contradiction formelle avec les observations précédentes. Le voici en substance. Une femme de 60 ans succombe après avoir ressenti les symptômes suivants : hémiplégie flasque des membres gauches, paralysie faciale droite bornée au facial, inférieur, déviation conjuguée de la tête et des yeux à gauche. Finalement, secousses convulsives d'abord limitées au côté droit de la face, puis à la moitié droite du corps : mort dans le coma.

A l'autopsie, on trouve un foyer de ramollissement dans l'hémisphère droit, n'intéressant pas les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, mais commençant immédiatement en arrière de cette dernière et s'étendant jusqu'à la scissure pariéto-occipitale, c'est-à-dire occupant toute la portion inférieure et postérieure de la région pariétale, y compris les 3/4 supérieurs du pli courbe, l'avant-coin et une partie de la circonvolution du corps calleux. M. Jaccoud fait remarquer que ce fait présente bien des particularités insolites : 1° l'existence d'une hémiplégie sans lésions de la zone motrice ni de la capsule interne; 2° la présence d'une lésion du pli courbe sans altérations oculo-palpébrales du côté gauche ; 3° les phénomènes convulsifs du même côté que la lésion ; 4° la paralysie alterne du facial et la déviation conjuguée de la face et des yeux vers les membres paralysés, sans lésion du mésocéphale. Il est certain que cette observation s'accorde mal avec les données de l'expérimentation et de la clinique usuelle, et que certaines particularités, notamment la paralysie alterne du facial, sont difficilement explicables. Les convulsions du même côté que la lésion, ainsi que la rotation

des yeux et de la face, ont, suivant nous, beaucoup moins de valeur : ce sont des phénomènes d'excitation à distance qui peuvent reconnaître des origines bien différentes : nous nous sommes déjà expliqués à cet égard. Quant à l'hémiplégie, correspondant à une lésion du lobe pariétal inférieur, assurément c'est là un phénomène insolite, mais on peut se demander si quelques-uns des faisceaux de fibres blanches de la capsule interne n'ont pas été atteints dans l'épaisseur de l'hémiplégie, bien que les régions motrices fussent en apparence indemnes de toute lésion.

C'est ici le lieu de parler des recherches fort intéressantes de M. Pitres sur les faisceaux blancs sous-jacents aux circonvolutions motrices. Le centre ovale, en effet, est loin d'être constitué par une substance homogène, et si l'anatomie descriptive est impuissante à suivre le trajet des principaux faisceaux de fibres, la physiologie, et mieux encore la clinique, permettent d'en déterminer la direction et la nature.

M. Pitres admet trois zones dans le centre ovale : une antérieure ou préfrontale, une moyenne ou fronto-pariétale, une postérieure ou sphéno-occipitale. La région fronto-pariétale peut elle-même être artificiellement subdivisée en quatre segments : *a*) pédiculo-frontal, correspondant à une coupe passant par le pied des trois circonvolutions frontales ; *b*) frontal, répondant à la coupe de la frontale ascendante ; *c*) pariétal, de la pariétale ascendante ; *d*) pédiculo-pariétal, du pied des lobules pariétaux.

Grâce à cette nomenclature, il devient possible de préciser le siége exact des lésions du centre ovale et de faire concorder leur topographie avec celle des circonvolutions sous-jacentes. Aussi, cette classification a-t-elle été fertile en résultats cliniques intéressants. M. Pitres a pu montrer que les lésions intéressant les régions préfrontale et occipitale de la substance blanche restent absolument latentes. Seules, celles qui sont comprises dans la zone fronto-pariétale, se sont toujours accompagnées de troubles moteurs. Le plus souvent c'est l'hémiplégie qui survient alors; on a pourtant noté des monoplégies ; et dans ces cas, ce sont surtout les altérations des faisceaux frontaux, supérieur et moyen, qui les déterminent. Il y a là, comme on le voit, un rapprochement bien intéressant à établir avec les destructions des segments supérieurs des circonvolutions ascendantes, qui, elles aussi, ont été trouvées malades presque toutes les fois que l'on a observé des monoplégies. Quant à la région pédiculo-pariétale du centre ovale, sa destruction correspond à des paralysies véritables, ce qui prouve que la coupe de l'hémisphère à ce niveau intéresse des faisceaux importants de fibres motrices. Rien d'étonnant dès lors si des foyers de ramollissement, occupant la région pariéto-occipitale, empiètent profondément sur la région fronto-pariétale et interceptent quelques-uns de ces faisceaux moteurs.

De la même façon, a-t-on pu expliquer ces faits, en apparence anormaux, d'aphasie survenant sans altération apparente de la troisième frontale gauche, alors que cependant il y avait cliniquement tous les signes de l'hémiplégie classique droite avec perte de la parole. Dans ces cas, l'autopsie a plusieurs fois montré des lésions pédiculo-frontales, au niveau des faisceaux blancs sous-jacents à la circonvolution de Broca. Ringrose Atkins, en Angleterre, Decaudin, Clauzel de Boyer, Richer,

en France, ont publié des faits fort intéressants de cette variété d'aphasie.

La conclusion générale qui se dégage de toutes ces recherches, c'est que par la clinique et par la physiologie, mais surtout par la clinique, nos connaissances en anatomie topographique cérébrale se complètent et se précisent. Malgré quelques divergences (cas d'Hulke, d'Obersteiner), qui ne peuvent infirmer la grande majorité des faits publiés quotidiennement, il nous paraît incontestable que la zone moyenne de l'écorce encéphalique, la région fronto-pariétale, contient véritablement des centres moteurs, du moins au sens clinique du mot. De ces circonvolutions partent des faisceaux de fibres, chargés de transmettre l'impression volontaire vers les centres ganglionnaires ; voilà un fait indéniable. Il est possible que les troubles moteurs d'origine corticale soient produits par la destruction des fibres motrices du centre ovale bien plutôt que de l'écorce grise; mais cliniquement cela importe peu, l'essentiel est de savoir dans quelle région de l'encéphale passent les faisceaux qui transmettent les incitations motrices : or, sur ce point, les recherches de MM. Charcot et Pitres jettent la plus vive lumière.

Il n'en est pas de même, malheureusement, des centres sensitifs périphériques. Si tous les faits d'hémianesthésie publiés depuis deux ans sont tout à fait confirmatifs des recherches de Türck, de Charcot et de Veyssière (*Voyez* cas de Assagioli et Bouchevecchiato, de Frantz Müller, etc.), cela prouve simplement que le faisceau principal des fibres sensitives passe au pied de la couronne rayonnante, un peu en dehors et en arrière de la couche optique. Bien que, vraisemblablement, ces fibres sensitives aillent aboutir à une région limitée de l'écorce cérébrale, peut-être la région occipitale, ou, comme le pense Ferrier, la région de l'hippocampe, les faits cliniques jusqu'à présent sont muets quant à cette localisation. Nous avons relevé dans ce dessein, la plupart des observations de tumeurs et de lésions cérébrales ayant donné lieu à de l'anesthésie ; lorsque le fait existe, ce qui est rare, l'altération siége au lieu d'élection, c'est-à-dire à la partie postérieure de la capsule interne.

Il en est de même des centres vaso-moteurs corticaux. En physiologie, nous avons vu que leur existence est contestable ; en clinique, ils n'ont jamais été démontrés, quoique chez des malades ayant une paralysie par lésion des circonvolutions cérébrales, il ne soit pas rare de constater sur les membres paralysés une élévation appréciable de la température. Ce fait clinique ne suffit pas pour faire affirmer l'existence de centres vaso-moteurs. A plus forte raison ne saurait-on interpréter dans ce sens les résultats fort curieux de thermométrie cérébrale publiés récemment en Amérique par London Carter Gray. Ce physiologiste, prenant la température des diverses portions du crâne sur plus de cent personnes, est arrivé à la conclusion intéressante que le côté gauche de la tête l'emporte de quelques dixièmes de degré sur le côté droit. Les régions dont la température est la plus élevée sont la région frontale (34°,64) et la région pariétale (34°,67). Au contraire, la région occipitale est notablement d'une température plus basse, 33°,80 seulement. Ces résultats ne prouvent nullement, suivant nous, qu'il existe des centres vasomoteurs périphériques ; ils ne prouvent même pas que la température de la tête correspondre, dans ces diverses zones, à celle de l'encéphale ; peut-être

s'expliquent-ils tout simplement par la richesse et la superficialité plus ou moins grandes des artères qui traversent les différentes régions du cuir chevelu.

Nous ne saurions quitter cette revue, déjà trop longue, sans mentionner les applications intéressantes de la théorie des localisations cérébrales à certains faits de clinique médicale et chirurgicale. Chacun sait combien les affections des méninges présentent une symptomatologie variable. Avant les données actuelles de topographie cérébrale, personne n'eût osé hasarder une explication anatomique de ces différences. Aujourd'hui, l'expérimentation et la clinique s'accordent pour y voir l'expression de lésions diversement localisées. Expérimentalement, Bochefontaine et Viel ont réussi à déterminer des méningites circonscrites chez des animaux, en cautérisant légèrement les méninges avec du nitrate d'argent. Ils ont ainsi produit des altérations identiques à celles de la méningite spontanée chez l'homme, et des symptômes très-analogues aux troubles pathologiques qui en sont la conséquence. Or, il résulte de leur consciencieux et intéressant travail que ces symptômes diffèrent du tout au tout, suivant les régions de la convexité du cerveau qui en sont atteintes.

L'inflammation porte-t-elle sur le tiers postérieur des lobes cérébraux, elle ne semble produire aucun trouble ni de la sensibilité, ni de la motilité ni de l'intelligence : les diverses fonctions de l'économie, digestion, respiration, circulation, s'exécutent comme à l'état normal. Au contraire, les deux tiers antérieurs de l'écorce grise sont-ils atteints, on observe des troubles variés : désordres intellectuels, ataxie, convulsions épileptiformes ou mouvements choréiformes, paralysies du mouvement ou de la sensibilité.

Les troubles intellectuels, caractérisés par du délire ou de l'apathie, ont paru coïncider avec les lésions de la région frontale antérieure : au contraire, les désordres moteurs étaient en rapport avec les lésions du gyrus sygmoïde qui, chez le chien, représente l'analogue de la région fronto-pariétale de l'homme. La pupille était presque toujours, dans ces cas, contractée du côté opposé à la lésion, et la température des membres un peu plus élevée.

Sans pousser l'analogie dans ses dernières limites, il est permis de croire que les choses se passent de la même façon chez l'homme, et des faits déjà assez nombreux rendent cette supposition vraisemblable. On sait tout le parti que Landouzy a tiré des localisations cérébrales pour expliquer les convulsions et les paralysies de la méningite tuberculeuse. M. Viel a cherché à faire le même travail pour la paralysie générale, en comparant le siége des lésions suivant que les malades avaient présenté ou non, pendant leur vie, des attaques apoplectiformes ou épileptiformes, des paralysies, etc. De ces observations résulte qu'en pareil cas il existe ordinairement des foyers de méningo-encéphalite disséminés dans l'hémisphère opposé à la paralysie. Plus récemment, C. de Boyer a repris cette étude, et il est arrivé à préciser davantage le siége des altérations encéphaliques. Pour lui, les plaques congestives et inflammatoires siégent, de préférence, dans tout le lobe frontal et dans la partie antérieure du lobe occipital, en dehors de la zone motrice. Dans un cas où le malade avait présenté une paralysie faciale gauche avec ptosis de la pau-

pière, il a trouvé des adhérences très-intimes des méninges avec les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. Des faits analogues ont été recueillis en Angleterre par Chrichton Brown et Bevan Lewis ; il y a là une indication intéressante qui pourra, quelque jour, être utilisée en aliénation mentale.

Dans le domaine chirurgical, les applications des données nouvelles ont été brillantes autant qu'heureuses. Les faits de Lucas-Championnière, de Proust et Terrillon, sont là pour montrer que, dans certains cas, les notions relatives aux localisations cérébrales trouvent leur emploi et justifient l'opération du trépan. Toutefois, comme l'ont fait remarquer MM. Gosselin et Bourdon, il faut un concours de circonstances spéciales, par exemple, la coïncidence d'une monoplégie brachiale, ou d'une paralysie faciale, avec une aphasie persistante, pour préciser exactement le point des circonvolutions lésé. Nous avons vu, en effet, que les centres des mouvements du bras et de la jambe sont loin d'être constants, et qu'ils correspondent à une étendue de l'encéphale relativement considérable. Dès lors, on comprend avec quelle réserve on doit intervenir chirurgicalement, surtout quand on sait combien fréquentes sont les contusions du cerveau qui se font par contre-coup dans des régions très-éloignées du point où a porté le traumatisme. Malgré ces restrictions, nous avons la conviction que la connaissance des centres moteurs corticaux de l'encéphale peut éclaircir bien des points obscurs de l'histoire des plaies de tête, et que la thérapeutique chirurgicale y trouvera dans l'avenir des indications précieuses.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1878.

A

Abcès. — Contribution à la guérison des abcès froids et par congestion, par F. Folinga. (*Annali clinici dell'Ospedale dell' incurabili*, juillet et août.) — Abcès de la fosse iliaque provoquée par un cancer du duodénum, par Hulke. (*The Lancet*, vol. II, p. 510.)

Abdomen. — Étude sur les phlegmons profonds de la paroi abdominale antérieure et plus spécialement sur le phlegmon sous-ombilical, par A. Borrello. (*Thèse de Paris*, n° 296.) — Du diagnostic des tumeurs abdominales (6 observations), par W. Eddis. (*The Obst. Journal*, n° 62, p. 65.) — Plaie pénétrante de l'abdomen avec hernie des intestins, guérison, par A. Méto. (*El Siglo médico*, Madrid, n° 1282.) — Plaie pénétrante de l'abdomen; issue de 60 centimètres d'intestin grêle; petite plaie de l'intestin; suture métallique de l'intestin et de la plaie; péritonite traumatique (tracé thermométrique); guérison, par Barker. (*The Lancet*, vol. II, p. 543.) — Plaie pénétrante de l'abdomen et du thorax. Pleurésie, guérison. (*The Lancet*, vol. I, p. 493.) — Contusion de l'abdomen; rupture du colon ascendant. (*The Lancet*, vol. II, p. 332.) — Contusion; déchirure profonde du foie. (*Idem*, p, 332.) — Abdomen, contusion, rupture des viscères. (3 observations), par Puzey. (*The Lancet*, vol. I, p. 717.) — De la conduite à tenir dans les opérations pratiquées sur l'abdomen quand on est en présence de l'épiploon, par Studsgaard. (*Nordiskt medicinskt Arkiv*, X, n° 1.) — Plaie pénétrante de l'abdomen. Issue et étranglement des intestins et de l'épiploon; débridement. Suture métallique. Guérison, par Davies. (*The Lancet*, vol. I, p. 901.) — Cancer colloïde de l'abdomen, par Th. M. Drysdale. (*Philadelphia Med. Times*, 14 septembre.)

Absorption. — La graisse réduite en fine émulsion par l'agitation avec la soude : étude de la membrane haptogène d'Ascherson, par Gad. (*Verh. der Berl. Phys. Soc.* in *Arch. f. Anat. u. Phys.*, p. 157.)

Accommodation. — Etude sur le mécanisme de l'accommodation de l'œil, par Eug. Coulon. (*Thèse de Paris*, n° 229.)

Accouchements. — Guide administratif du médecin accoucheur et de la sage-femme, par E. Louet. (In-18°, Paris.) — Cours d'accouchements, par E. Hubert. (2 vol. in-8°, Louvain.) — Du mécanisme de l'accouchement, par Stephenson. (*The Obst. Journal*, n° 58-60.) — Du traitement des accouchements lents, et spécialement de l'emploi du forceps, par Hamilton. (*The Obst. Journal*, n° 63.) — De la conduite à tenir dans les accouchements compliqués de tumeurs ovariennes, Discussion à la Société d'obstétrique et

de gynécologie de Berlin, 12 février 1878, par MARKWALD, MARTIN, EBELL, E. KUESTER, SCHRŒDER, P. RUGE. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 19, p. 275 et 276, 13 mai.) — De l'utilité de l'accouchement forcé chez les femmes enceintes mortes ou crues mortes, par Marius REY. (*Gaz. méd.*, p. 359.) — Version par manipulation externe. Tête mise en rapport avec le détroit supérieur du bassin au moyen de la position genu-cubitale, par SMITH. (*New York med. Journal*, juin.) — Accouchement gémellaire ; inflexion totale de l'un des fœtus qui est expulsé le corps ployé en deuxième position pelvienne, par RUDOLF BIRNBAUM (de Schwalbach). (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 12, p. 165, 25 mars.) — Accouchement prématuré forcé le huitième mois de la gestation, par P.-G. OLIVARES. (*El Siglo médico*, Madrid, n° 1265.) — Sur les effets de l'atropine pour diminuer les douleurs et abréger la durée de la première période du travail, par HORTON. (*Amer. Journ. of Obstetr.*, juillet, p. 482.) — Cas de présentation du front converti en présentation de la face, par LUSK. (*Idem*, juillet, p. 567.) — Deux faits de présentation du siége traités avec plein succès, par le procédé de HILDEBRANDT. (*Münster, Société de médecine scientifique de Königsberg*, 19 mars 1877; *Berlin. klin. Wochens.*, n° 18, p. 258, 6 mai.) — De l'accouchement prématuré artificiel, par J. FROMIGIER. (*Thèse de Lille.*) — Accouchement prématuré artificiel, recherches expérimentales sur l'action ocytocique du chlorhydrate de pilocarpine, par HYERNAUX. (*Bulletin de l'Acad. de Belg.*, juillet.) — Dystocie par excès de volume et d'ossification de la tête, par CHASSAGNY. (*Lyon médical*, 29 septembre.) — Cas d'atrésie de l'utérus gravide (par brides cicatricielles), par DIETERICH. (*St-Petersburg. med. Wochenschrift.*)

Addison (maladie d'). — Cas de maladie bronzée avec lésion particulière des capsules surrénales, par LEDIARD. (*Med. Times. and Gaz.*, 13 juillet 1878.)

Aérothérapie. — Du traitement des affections respiratoires par les appareils pneumatiques, par RUD. MEYER-HÜNI. *Société des médecins de Zurich*, 5 janvier 1878. (*Corr.-Bl. f. Schweiz Aerzte*, n° 9, p. 271, 1 mai.) — Sur les effets des appareils pneumatiques transportables, par LANGE (*d'Ems*). L'auteur leur dénie toute efficacité dans le traitement des affections thoraciques. (*Corr.-Bl. f. Schweiz Aerzte*, n° 4, p. 105, 15 février.)

Air. — Détermination de l'acide carbonique de l'air, par HESSE. (*Zeitschr. f. Biol.*, XIV Bd. 1 Hft.)

Albuminurie. — Grossesse avec amaurose albuminurique, par STEVENS. (*Amer. Journ. of obstetrics*, II, p. 291.)

Alcoolisme. — De l'alcoolisme et de ses conséquences au point de vue de l'état physique, intellectuel et moral des populations, par E. LANGEREAUX. (in-8° 41 pages, Paris.) — L'amblyopie alcoolique et le daltonisme, par UNEL. (*Bull. de l'Acad. de Belg.*, juillet.) — Des alcools et de l'alcoolisme, par A. RABUTEAU. (in-8°, 44 pages, Paris.)

Aliénés. — De la folie dans les temps anciens et modernes, par D. HACK TUKE. (1 vol. in-8°, *Londres.*) — La centralisation administrative et l'administration des asiles d'aliénés, par H. BELLOC. (In-8° 28 pages, Paris.) — De la folie dans ses rapports avec la loi, par J.-C. BUCKNILL. (*Med. Times and Gaz.*, 18 et 25 mai, 1er juin.) — Discussion sur la folie morale. *Société de médecine de Berlin*, 21 janvier 1878, par WESTPHAL, MENDEL. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 15, p. 214, 15 avril.) — Le camphre contre l'insomnie des femmes aliénées, par Eugen. WITTICH. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 11, p. 148, 18 mars.) — Quelques considérations sur la fièvre dans la paralysie générale des aliénés et sur les périodes d'accès, par J. DESAGNAT. (*Thèse de Paris.*) — Un cas de folie simulée, par W. CHANNING. (*Boston med. and surg. Journ.*, 23 mai 1878.) — Autre cas, par FISHER. (*Idem.*)

Aliment. — L'alimentation du nourrisson au sein maternel, par Friedrich Ahlfeld. (*Leipzig.*) — La falsification des substances alimentaires et le code pénal allemand, par Hausburg. (*Berlin*, 1877.)

Allaitement. — De l'allaitement artificiel, par Blachez. (*Gaz. hebdomad.*, 1er novembre.) — De l'établissement de la lactation considéré dans ses rapports avec l'état fébrile aigu, par Grellet. (*Thèse de Paris.*)

Amnios. — Hydropisie de l'amnios, par J.-W. Hunt. (*Brit. med. Journal*, 7 septembre.) — Hydropisie de l'amnios ayant simulé une tumeur de l'ovaire, par H.-W. Boddy. (*Idem*, 28 septembre.) — De la saillie nommée polypiforme de la membrane amniotique, par Alois Valenta. (*Zeit. für Geburt. und Frauenk.*, Band II.) — Un cas remarquable d'hydramnios, par G. Griffith. (*The obst. Journ.*, n° 65, p. 221.) — Du diagnostic de l'hydramnios, par G.-H. Kidd. (*Brit. med. Journal*, 17 août.)

Amputation. — Amputation; lac circulaire pour marquer la base des lambeaux et le point de section du squelette, par J. Gay. (*The Lancet*, vol. I, p. 746.) — Drainage après les amputations, par Will. (*Med. Times and Gazette*, vol. II, p. 247.) — De la désarticulation du coude, par Langenbeck, VIIe congrès de la Société allemande de chirurgie, 11 avril 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 18, p. 258, 6 mai.) — De la désarticulation scapulo-humérale, par le procédé de Marcellin Duval, par A. Madrange. (*Thèse de Paris*, n° 251.) — Observation d'ablation de l'omoplate, d'une portion de la clavicule et du bras tout entier pour les suites d'une plaie par arme à feu. Guérison, par F. Gaudrum. (*Amer. Journal*, juillet, p. 98.) — Amputation de Pirogoff, 1 cas, par Maunder. (*The Lancet*, vol. I, p. 935.) — Amputation de jambe : chez un vieillard de 75 ans ; ulcère ancien, fracture récente; guérison, par Emson. (*The Lancet*, vol. II, p. 46.) — Désarticulation de la hanche, suivie de mort, par choc; par West. (*The Lancet*, vol. II, p. 217.)

Anatomie. — Traité d'anatomie comparée, par A. Nuhn. (Heidelberg.) — Anatomie à l'usage des artistes, avec 200 dessins originaux de Cuthbert, gravés par J. et G. Nicolls, par J. Marchall. (In-8°, Londres.) — Nouveaux éléments d'anatomie pathologique descriptive et histologique, par A. Laboulbène. (In-8° avec 288 fig., Paris.) — Compendium d'anatomie pathologique, par H. Joseph. (2e édition augmentée, Berlin.) — Travaux de l'institut pathologique de Munich, rédigés par von Buhl. (Stuttgart.) — Préparation concernant la situation des viscères avec remarques sur la forme et la position du foie, du pancréas, des reins, des capsules surrénales et des organes génitaux de la femme, par N. His. (*Arch. f. Anat. und Phys. de Du Bois-Reymond*, fasc. I, p. 53.) — Sur les indices de largeur de l'omoplate chez l'homme, les singes et dans la série des mammifères, par P. Broca. (*Bull. de la Soc. d'anthropol. de Paris.*) — Le développement physique et les proportions du corps humain, par Ch. Roberts. (*Saint-George's Hosp. Rep.*, t. VIII, 1874-6, p. 1 à 48.) — Sarcode, par Ch. Robin. (*Dict. encycl. des sciences méd.*, IIIe série, t. VI, 2e partie.) — Développement des élasmobranches, par Balfour. (*Journ. of anat. and phys.* X, XI, XII, 1876-78.) — Présentation de pièces anatomiques (fémur) provenant d'un malade mort d'anémie pernicieuse progressive, par Curschmann. (*Berl. klin. Wochenschr.*, n° 10, p. 139.)

Anémie. — A propos d'un cas d'anémie pernicieuse, par Boucaud. (*Lyon médical*, 22 septembre.) — Altération du fond de l'œil dans l'anémie générale, par Hirschberg. (*Beiträge zur prakt. Augenheilk.*, III Heft.) — De l'anémie cérébro-spinale, par E.-C. Mann. (*Philadelphia med. Times*, 28 septembre.)

Anesthésie. — Emploi des anesthésiques pendant l'accouchement naturel, par COURTY. (*Gaz. hebdomad.*, 25 octobre.) — Anesthésie obstétricale, par Dumont PALLIER. (*Union médicale*, 16 et 18 juillet.)—De l'anesthésie obstétricale, par HERVIEUX. (*Union médicale*, 27-31 août.) — De l'anesthésie chloralique pour l'arrachement des dents et les opérations chirurgicales chez les enfants, par BOUCHUT. (*Gaz. des hôp.*, n° 94.) — De l'anesthésie mixte ou de l'emploi combiné de la morphine et du chloroforme, par VERRIET-LITARDIÈRE. (*Thèse de Paris.*) — Anesthésie, mort par le chloroforme, cœur gras. (*Med. Times and Gaz.*, vol. I, p. 176.)— Chloroforme, 1 cas de syncope guéri par les inhalations de nitrite d'amyle, par BRYANT. (*Idem*, vol. I, p. 167.) — Chloroforme. Mort. Cœur mou, par FOY. (*Idem*, vol. II, p. 465.) — Chloroforme. Mort. Le cœur, normal à l'auscultation, fut trouvé flasque, pâle et en voie de dégénérescence graisseuse, par LAVER. (*The Lancet*, vol. II, p. 571 et 645.) — Chloroforme, mort non justifiée par l'autopsie. Les mouvements respiratoires ont survécu aux battements du cœur, par DIXON. (*The Lancet*, vol. II, p. 683.) — Anesthésie, mort par un mélange de chloroforme et d'éther; syncope mortelle pendant le réveil, par G. THRUPP. (*The Lancet*, vol. I, p. 739.) — Chloroforme. Mort. Affection cardiaque. (*Med. Times and Gaz.*, vol. I, p. 598.) — Remarques sur trois cas de mort par le chloroforme, par MACDONALD M' HARDY. (*Saint-George's hosp. Rep.*, t. VIII, 1874-6, p. 255.)—Théorie sur la mort par le chloroforme et l'éther : spasme de la glotte provoquée par leur action irritante et non par empoisonnement du sang, par BLACK. (*Med. Times and Gaz.*, vol. I, p. 600.) — Appareil de Barth pour l'anesthésie avec le protoxyde d'azote, présenté par MUNSCH à la Société médico-pharmaceutique du district du canton de Berne, 30 janvier 1877. (*Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, n° 7, p. 205, 1 avril.)—Anesthésie par le protoxyde d'azote employé sous tension, par P. BERT. (*Soc. de biol.*, 11 mai.)

Anévrysmes. — Des anévrysmes des valvules du cœur, par Aloïs BIACH. (*Medizin. Jahrbüch.* Heft 2.) — Cas d'anévrysme de l'artère cérébrale moyenne, par T. Outterson WOOD. (*Brit. med. Journ.*, p. 589, octobre 1877.) — Anévrysme spontané du pavillon de l'oreille droite. Hémorrhagie. Ligature de la carotide primitive. Guérison, par WEINLECHNER. (*Monatschr. f. Ohrenheilk.*, 1877, p. 144.)—Anévrysme traumatique de l'occipitale, par WILLETT. (*Brit. med. Journal*, 28 septembre.) — Anévrysme traumatique faux consécutif de l'artère temporo-frontale, par RIZET. (*Gaz. des hôp.*, p. 749.) — Anévrysme traumatique de la carotide primitive à la suite d'un coup de feu, par MARSH. (*Brit. med. Journal*, 7 septembre.) — Ligature du tronc artériel brachio-céphalique pour un anévrysme de la carotide. Abcès du médiastin et infection purulente. Mort, par T. GORE. (*The Lancet*, vol. II, p. 119.) — Anévrysme de la sous-clavière; ligature du tronc innominé. Mort par infection purulente, par T. GORE. (*The Lancet*, vol. II, p. 119.) — Anévrysme du tronc brachio-céphalique, dilatation de l'aorte; ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière. Résultats d'abord heureux, puis mort au 76e jour par hémorrhagie dans un abcès développé tardivement autour de la carotide, par Kelburne KING. (*The Lancet*, vol. I, p. 823.) — Cas d'anévrysme de la sous-clavière droite pour lequel on pratiqua la désarticulation de l'épaule. Mort, par Luther HOLDEN. (*Saint-Barth. Hosp. Rep.*, t. XIII, p. 229-235.) — Anévrysmes traumatiques consécutifs 2 observations (anévr. de l'humérale; anév. de l'axillaire) de guérison par la méthode de Syme (ouverture du sac; ligature de l'artère au-dessus et au-dessous), par Eben WATSON. (*The Lancet*, vol. I, p. 602.) — Anévrysme diffus traumatique consécutif de l'artère brachiale; amputation; guérison, par GALLOZZI. (*Il Morgagni*, Naples, fasc. I, janvier.) — Anévrysme spontané et à évolution rapide de la cubitale chez un cardiaque. Tentatives inu-

tiles de flexion, de compression digitale; guérison par ligature de l'humérale, par DAVIES COLLEY. (*The Lancet*, vol. I, p. 347.) — Anévrysme traumatique enkysté de la radiale; compression directe et à distance sans résultat; ligature par la méthode de Hunter. Guérison, par JONES. (*Med. Times and Gaz.*, vol. II, p. 436.) — Plaie de l'artère radiale gauche, à la partie inférieure de l'avant-bras; manque de parallélisme entre les ouvertures artérielle et cutanée; formation d'un sac pulsatile. Ligature de l'artère; synovite des extenseurs; guérison, par J.-P. GUIMARAES. (*Revista medica do Rio de Janeiro*, décembre 1877.) — Cas d'anévrysme de la région fessière consécutif à une plaie par instrument piquant. (Compression de l'aorte. Ouverture du sac et ligature des deux bouts. Hémorrhagies répétées. Mort le 15e jour), par HUSSEY. (*Saint-Barthol. Hosp. Rep.*, t. XIII, p. 187-193, 1877.) — Anévrysme variqueux de la fémorale, par GALLOZZI. (*Il Morgagni*, Naples, juillet.) — Anévrysme poplité; flexion; compression digitale, par MAUNDER. (*Med. Times and Gaz.*, II, p. 102.) — Anévrysme poplité. Deux cas de ligature de la fémorale après insuccès par la compression et la bande élastique, par J. LANE. (*The Lancet*, vol. I, p. 681.) — Anévrysme spontané de l'artère poplitée. Ligature de la fémorale dans le triangle de Scarpa, par GALLOZZI. (*Il Morgagni*, Naples, fasc. I, janvier.) — Anévrysme poplité : bande d'Esmarch, menace de rupture. Ligature de la fémorale; gangrène du pied, par BRYANT. (*Med. Times and Gaz.*, vol. II, p. 101.) — Anévrysme poplité; rupture du sac. Ligature de la fémorale. Guérison, par F. CREUS. (*La Cronica médica*, Valencia, an I, n° 24.) — Anévrysme de la poplitée et de la fémorale sur le même membre. Ligature de l'iliaque externe (une grosse veine passait à la face antérieure.) Guérison, par MORTON. (*The Lancet*, vol. II, p. 660.) — Anévrysmes de la poplité. Deux observations de guérison très-rapide par ligature de la fémorale avec le catgut, après compression préalable pendant quelques jours, par WALSHE. (*The Lancet*, vol. II, p. 617.) — Deux cas d'anévrysme poplité, par A. PATTERSON. (*Glasgow med. Journal*, novembre.) — Anévrysme de la poplitée, traité avec succès par l'application d'un anneau compresseur élastique alternant avec la compression digitale, par B. FERGUSON. (*The Lancet*, II, p. 439.) — Sur un cas de gangrène du pied consécutive à l'application du bandage élastique pour le traitement d'un anévrysme poplité, et attribuée à tort à ce moyen thérapeutique, par L.-H. PETIT. (*Bull. gén. de Thér.*, t. XCV, p. 268.) — Anévrysme traumatique de la tibiale antérieure. Guérison rapide par bande d'Esmarch, puis compression de la fémorale, par CORNISH. (*The Lancet*, vol. I, p. 235.) — Anévrysme de la fémorale, traité avec succès par la ligature après tentatives infructueuses par les méthodes d'Esmarch, de REID. (*The Lancet*, vol. I, p. 414.)

Angine. — Contribution à l'étude des formes bénignes de l'angine scrofuleuse, par A. FAUVERTEIX. (*Thèse de Paris*, n° 263.) — Angine herpétique. (Leçon de POTAIN.) (*Gaz. des hôp.*, n° 115.)

Angiome. — Contribution au traitement des tumeurs érectiles (galvano-cautère), par Delmas SAINT-HILAIRE. (*Thèse de Paris.*) — Traitement de l'onyxis et des tumeurs érectiles par le perchlorure de fer, par F.-H. RODRIGUEZ. (*El Siglo médico*, Madrid, n° 1263.) — Sarcome fasciculé de la joue ayant succédé à un nævus maternus écorché avec un peigne, par H. ARMAIGNAC. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 16.) — Angiome chez une petite fille guéri par l'acupressure, par GALLOZZI. (*Il Morgagni*, Naples, août.)

Ankylose. — Fausse ankylose incomplète du genou par rétraction des muscles fessiers, par GALLOZZI. (*Il Morgagni*, Naples, fasc. III, mars.) — Du traitement de l'ankylose du genou (ténotomie), par Sampson GAMGEE. (*Brit. med. Journal*, 9 novembre.)

Anomalie. — Cinq cas de division anormale de l'os zygomatique de l'homme, par G. Amadei. (*Annali Universali di Medicina*, avril.)

Anthrax. — Traitement de l'anthrax bénin par les injections interstitielles d'acide phénique, par Clever. (*Journ. hebd. de méd. de Saint-Pétersbourg*, n° 27, 1877.) — De la non-intervention chirurgicale, dans le traitement de l'anthrax, par P. Lamarque. (*Thèse de Paris*, n° 341.)

Anus. — Colotomie pour permettre de traiter un rétrécissement rectal complexe, par Maunder. (*The Lancet*, vol. I, p. 935.) — Anus contre nature pour un cas de fistule recto-vésicale, par R. Harrison. (*The Lancet*, vol. I, p. 645.) — Entérotomie et colotomie. Discussion du VII° congrès de la Société allemande de chirurgie, Berlin, 11 avril 1878 : von Langenbeck, Trendelenburg, Czerny, Riedinger, Thiersch, Lossen, Kuester, Hueter, Kœnig, Bardeleben, Uhde. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 18, p. 260, 6 mai.) — Observation d'entérostomie, suivie de quelques explications sur le procédé adopté et sur les indications de cette opération, par Surmay. (*Bull. gén. de Thér.*, t. CXV, p. 198.) — Sur une nouvelle manière d'ouvrir certains abcès de la marge de l'anus (section immédiate de la paroi rectale). Leçon de Verneuil, recueillie par Redard. (*France médicale*, 10 août.) — Fistule à l'anus. Traitement par les injections caustiques d'acide phénique, par H. Lambart. (*The Lancet*, vol. I, p. 854.) — Fistule à l'anus; opération hémostatique par la section brusque faite avec un gros fil de soie, serré vite et fort, par Reeves. (*Med. Times and Gaz.*, vol. I, p. 649.)

Aorte. — Anévrysme de l'aorte thoracique ; hémorrhagie dans la plèvre gauche ; mort, par Valat. (*Lyon médical*, 20 octobre.) — Des anévrysmes de l'aorte thoracique, par Jules Moty. (*Thèse de Paris*, n° 553, 1877.) — Anévrysme de l'aorte abdominale diagnostiqué quatre ans avant la mort par l'exploration rectale; hypertrophie excessive du cœur, par R. Samuels Archer. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 202.) — Application de l'électrolyse à la guérison des anévrysmes, et particulièrement dans celui de l'aorte, par W. Canton. (*La Emulacion*, Mérida, t. III, n° 4.)

Aphasie. — Sur l'aphasie, par Billon. *Société de médecine légale*, 12 novembre 1877. (*Annales d'hyg. publ. et de médecine légale*, 2e série, XLIX, p. 502, mai.)

Appareils. — Une nouvelle sonde pour injections à irrigations dans les fosses nasales, par Ad. Fischer (*Centralbl. f. Chir.*, n° 34.) — Appareil pour pulvériser les liquides dans la cavité nasopharyngienne, présenté par Walb à la Société bas-rhénane des sciences naturelles et médicales de Bonn, 21 janvier 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 14, p. 199, 8 avril.) — Un appareil d'inhalation très-simple, par J.-H. Sigg (d'Andelfingen) (deux petits filtres en fer-blanc emboîtés l'un dans l'autre et renfermant dans leur intervalle un peu d'ouate sur laquelle on verse l'essence qu'on veut faire inhaler. Le petit appareil est maintenu contre la bouche au moyen d'un fil élastique et le patient peut le garder sans être incommodé.) Séance ordinaire d'automne de la Société médico-chirurgicale du canton de Zurich, 5 novembre 1877. (*Corr.-Blatt f. Schweiz. Aerzte*, n° 3, p. 80, 1 février.) — Des pertes de substance du maxillaire supérieur et du palatin, et des appareils prothétiques qui leur conviennent, par Baumeister, Société générale des médecins de Cologne, 19 décembre 1876. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 8, p. 108, 25 février.) — Blessure de la face par arme à feu. Appareil prothétique, par F.-W. Muhlenbry. (*Amer. Journal of. med. sc.*, p. 92, juillet.) — Application du caoutchouc durci à la perforation congénitale du palais, par Thomas-Brian Gunning. (*New York med. Journ.*, septembre.) — Céphalomètre de poche ou compas des coordonnées permettant d'ob-

tenir très-rapidement les divers diamètres, angles et profils de la tête et de reproduire en relief un solide quelconque, par G. Le Bon. (*Bull. de la Société d'anthropologie*, mars.) — Le phacomètre de Snellen, présenté par Pflüger à la Société médico-pharmaceutique du district du canton de Berne, 13 février 1877. (*Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, n° 7, p. 206, 1er avril.) — Compressur artériel (nouveau modèle.) (*The Lancet*, vol. I, p. 605.) — Trousse gynécologique, par Courty. (*Ann. de gynécologie*, août.) — Appareils en paraffine, par W. Macewen. (*The Lancet*, vol. II, p. 288.) — Une jambe artificielle très-simple, par Trendelenburg. (*Centralbl. f. Chirurg.*, n° 4.) — Appareil pour fixer le cou-de-pied. (*The Med. Times and Gazette*, vol. II, p. 434.) — Nouvelle méthode pour appliquer les corsets en plâtre, par Bradford. (*Boston med. and surg Journ.*, 30 mai.) — Un nouvel appareil pour les fractures de la jambe, par T.-R. Curtis. (*Boston med. and surg Journ.*, 30 mai.) — Considérations sur les appareils inamovibles ; appareils cartonnés, par A. Debroise. (*Thèse de Paris*, n° 371.) — D'un nouvel appareil à extension pour le traitement des affections du membre inférieur, par W. Stokes. (*Brit. med. Journal*, 24 août.) — Appareils plâtrés dans les fractures de jambe, par J. Croft. (*The Lancet*, vol. I. p. 819.) — Appareils suspenseurs, par Gamgee. (*The Lancet*, vol, II, p. 36.) — Modification à l'appareil suspensif de Sayre, par Walter Bernard. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 207, septembre.)

Artères. — Des arrêts de développement et de leur influence sur la constitution du système artériel, par G. Schwalbe. (*Ienaïsche Zeitsch. f. Naturwissenschaft.* XII, p. 267.) — Plaie de l'artère radiale à la partie inférieure de l'avant-bras ; emploi de l'appareil d'Esmarch ; ligature des deux bouts de l'artère, par G. Trapenard. (*Soc. des sciences méd. de Gannat*, p. 50.) — Hémostase spontanée dans les plaies des artères, par Wharton Jones. (*The Lancet*, vol. I, p. 344.) — Acupressure dans les plaies artérielles. Quelques remarques à propos des lésions de l'arcade palmaire superficielle, par Bellamy. (*The Lancet*, vol. II, p. 401.) — Obstruction de l'artère axillaire gauche due à une artérite syphilitique, par Proust. (*Soc. méd. des hôp.*, *Union méd.*)

Articulations. — Ligaments de l'articulation de la hanche, par Bigelow. (*The Lancet*, vol. I, p. 930.) — De l'épanchement articulaire du genou consécutif aux fractures du fémur, par Berger ; rapport par Lannelongue. (*Soc. de chir.*, p. 336.) — Inflammation rhumatoïde des articulations chez la femme, par Davies-Colley. (*The Obst. Journ.*, n° 63, p. 158.) — Plaie pénétrante du genou par instrument tranchant, arthrite traumatique, pleurésie, guérison, par Douet. (*Union méd.*, 23 juillet.) — Arthrite sèche polyarticulaire précoce, par Léger. (*Union médicale*, 6 juillet.) — Tumeur blanche du genou. Amputation, par John Fagan. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 260, septembre.) — Du traitement des arthrites par l'extension permanente, par N. Senn. (*The Chicago med. Journ. and Examiner*, janvier.) — De l'emploi du fer rouge dans les arthrites chroniques, par G. Zaffé. (*Dis. inaug. Strasbourg*, 1877.) — Injections de teinture d'iode dans l'articulation du genou, par W. Orlow. (*Journal hebd. de méd. de Saint-Pétersbourg*, n° 12.)

Aspiration. — De l'aspiration capillaire des liquides, par F. Parona. (Observations de plusieurs affections chirurgicales traitées par l'aspiration, et description d'un nouvel aspirateur.) (*Annali Universali di medicina e chirurgia*, Milan, mai.)

Asthme. — De l'asthme ; pathologie et traitement, par J.-B. Berkart. (In-8°, Londres.) — Traitement des accès d'asthme ; l'auteur donne la préférence aux injections de morphine, et surtout à l'iodure de potassium administré

à haute dose, par J.-P. Bramwell. (*Edinb. med. Journ.*, p. 246, septembre.) — De la guérison rapide des accès d'asthme par l'emploi des injections hypodermiques de morphine et de l'action empirique de l'opium, par Huchard. (*Union médicale*, 25 juillet.) — Traitement de l'asthme par l'iodure de potassium et l'iodure d'éthyle, par R.-G. Gougeon. (*Thèse de Paris*, n° 210.)

Astigmatisme. — Note sur un moyen pratique de reconnaître : 1° l'astigmatisme régulier; 2° la nature de l'astigmatisme; 3° le méridien astigmate; 4° le degré de l'astigmatisme, dans les verres cylindriques, par l'emploi exclusif des verres sphériques, par Baudon. (*Recueil d'ophthalm.*, p. 8, Paris.)

Ataxie. — Sur le phénomène du genou. Westphal, Remak, Bernhardt, Senator. *Société médico-psychologique de Berlin*, 9 juillet 1877. (Tous sont d'accord pour reconnaître à l'absence de ce réflexe provoqué une importance réelle dans le diagnostic de l'ataxie locomotrice, *R. S. M.*, XII, 177.) (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 18, p. 257, 6 mai.)

Athétose. — Contribution à l'étude de l'athétose : deux observations, par M. Jougla. (*Revue médicale de Toulouse.*) — Sur quelques cas d'athétose, par J. Dreschfeld. (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, octobre.)

Auscultation. — De l'auscultation du bruit respiratoire et de la voix, par B. Peynau. (*Thèse de Paris*, n° 387.)

Autoplastie. — Cas de chirurgie plastique, par C.-B. Porter. (*Boston med. and surg. Journ.*, 4 avril (avec photographies.) — Autoplasties qui se pratiquent à la face (nez, lèvres, etc.), par Fr. Mason et Fleming. (*The Lancet*, vol. I, p. 890 ; vol. II, p. 177 et 213.)

Autopsie. — Neuf planches indiquant les coupes à faire pour autopsies avec texte explicatif, par M. Schottelius. (*Wiesbaden.*)

Avortement. — Traitement des rétentions de membranes dans l'utérus à la suite des avortements, par Veil. (*Zeit. für Geburt. u. Gynäk.*, I Band, 2 Heft.)

B

Bain. — De l'hydropathie; ses principes, son mode d'application, par A. Hunter. (In-8°, Edimbourg.) — Mode d'emploi de l'hydrothérapie dans les affections cardiaques et dans la gastrite chronique des buveurs, par Süssbach. *Société de Hufeland de Berlin*, 30 novembre 1877. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 14, p. 198, 8 avril.) — De l'emploi des affusions froides, par W. Winternitz. (*The Practitioner*, août.) — Indications thérapeutiques des bains de boue contenant des sulfates de fer, par Jacob (de Cudowa). (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 18, p. 254, 6 mai.)

Bassin. — Du mécanisme de la symphyse sacro-iliaque, par Hermann Meyer. (*Arch. f. Anatomie und Physiologie Du Bois Reymond*, Abtheilung I; 1 fasc., p. 1.) — Fracture double du bassin, déchirure de l'urèthre. Autopsie, par Puzey. (*The Lancet*, vol. II, p. 331.) — Une balle pénètre dans le bassin au niveau de l'articulation sacro-iliaque ; large trépanation ; extraction, guérison rapide, par Colter. (*Med. Times and Gazette*, vol. I, p. 616.)

Bec-de-lièvre. — Bec-de-lièvre simple, par GALLOZZI. (*Il Morgagni*, Naples, fasc. 1, janvier.)

Biliaires (voies). — Cas d'inflammation suppurative de la vésicule biliaire, par D. CLARK. (*Boston med. and surg. Journ.*, 7 mars.) — Observation d'abcès biliaire communiquant avec la bronche droite, par D.-B. SIMMONS. (*American Journ. of med. sc.*, octobre 1877.)

Biologie. — La santé et la vie, par W. RICHARDSON. (2e édition, in-8°, Londres.)

Blennorrhagie. — Du rhumatisme dit blennorrhagique, par J.-B. HENRIQUE. (*Thèse de Paris*, n° 255.) — Etude sur un mode de traitement de l'épididymite aiguë blennorrhagique; compression ouate et caoutchouc, par A. DREY. (*Thèse de Paris*, n° 298.)

Bouche. — Des stomatites fétides dans les intoxications par le plomb, l'arsenic et le phosphore, par J. ARGUELLO. (*Thèse de Paris*, n° 361.) — Epithéliome du plancher de la bouche; excision avec résection de la partie moyenne du maxillaire, par BRYANT. (*The Lancet*, vol. I, p. 827.)

Bourse muqueuse. — Papillome de la bourse prérotulienne, par J. DOLLINGER. (*Archiv f. klin. Chirurgie*, vol. XXI, fasc. 3, p. 697.)

Bromure. — Bromure de potassium, étude historique, par G. HUETTE. (*Thèse de Paris*, n° 321.)

Bronche. — Bronchorrée séreuse à la suite d'une ponction abdominale, par JOUGRA. (*Revue méd. de Toulouse.*) — Bronchite généralisée et bronchopneumonie chez un alcoolique. Leçon de HARDY. (*Gaz. des hôp.*, n° 108.) — Deux faits de bronchite pseudo-membraneuse idiopathique, inutilité des inhalations d'acide lactique et d'eau de chaux, par Daniel BERNOUILLI; et discussion consécutive : Aug. BURCKHARDT, HAEGLER, HAGENBACH. *Société méd. de Bade*, 7 juin 1877. (*Corr. Bl. f. schweizer Aerzte*, n° 5, p. 137, 1er mars.) — Dilatation bronchique suivie d'hémiparésie; autopsie, par CURSCHMANN. *Société de méd. de Berlin*, 12 décembre 1877. (*Berlin klin. Wochens.*, n° 11, p. 153, 18 mars.)

C

Calculs. — Note sur l'extraction d'un calcul développé dans la cavité buccale, vers la base de la langue, par P. FABRE. (*Soc. des sciences méd. de Gannat*, p. 71.) — Calcul du canal de Wharton. Influence de la diathèse rhumatismale; coliques salivaires à l'époque des règles; extraction du calcul; continuation des accidents, par A. CHEVALLEREAU. (*France médicale*, 21 septembre.) — Deux cas de mort par occlusion des canaux biliaires par des calculs, par C. C. HOLMES et B. CUSHING. (*Boston med. and surg. Journal*, 28 fév.) Les calculs de forme cylindrique étaient fermement implantés dans le canal à l'endroit où il débouche dans le duodénum. — Traitement des calculs vésicaux de la femme, par M. CANDELA. (*La Crónica médica*, Valence, nos 15 et 17.) — Calculs vésicaux à six ans d'intervalle; lithotritie avec succès, par TEEVAN. (*Med. Times and Gazette*, vol. I, p. 536.) — Calcul vésical chez une femme; extraction par les voies naturelles après dilatation uréthrale rapide, par LING. (*The Lancet*, vol. I, p. 925.) — Calculs vésicaux; statistique intéressante des récidives. (*The Lancet*, vol. I,

p. 713.) — Calcul vésical. Deux obs. de taille avec guérison, par le procédé de Aston Key, par BRYANT. (*The Lancet*, vol. II, p. 44.) — Calculs des uretères arrêtés au niveau de leur embouchure dans la vessie; calcul logé dans un diverticule du canal de l'urèthre, par FAGAN. *The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 321, oct.) —Désintégration spontanée d'un calcul de la vessie, par ORD. (*Path. Soc.; Med. Times and Gaz.*, p. 572, 25 mai.)— Calcul vésical, récidive quatre mois après un premier traitement par lithotritie, nouveau broiement; guérison, par TEEVAN. (*Med. Times and Gazette*, vol. II, p. 411.) — Calcul volumineux stratifié autour d'une épingle à cheveux, par GALLOZZI. (*Il Morgagni*, mai.) —Calculs vésicaux, deux obs., par FR. ENSOR. (*The Lancet*, vol. I, p. 235.) — Calcul enchâssé de la vessie, extrait par la taille périnéale, mort, par R. PICCININI. (*Lo Sperimentale*, oct.)— Etiologie et prophylaxie des calculs urinaires, par L. JAMIN. (*Thèse de Paris*, n° 329.)

Cancer. — Etude statistique sur le cancer et sur son traitement, par A.-V. WINIWARTER. (Grand in-4°, Stuttgart.) — Cancer du foie, de l'utérus, des méninges et des os du crâne, par LOOMIS. (*New York Med. Journal*, sept.)—De la compression dans le traitement du cancer. (*The Lancet*, vol. I, p. 618.) — De la fragilité des os chez les cancéreux, par HUBERTY. (*Diss. inaug.*, Bonn.)

Cartilage. — Formation de cartilage par le périoste et accroissement des apophyses, par KASSOWITZ. (*Centralblatt. f. med. Wiss.*, n° 5, p. 65, 1877.)

Catalepsie. — Contribution à l'étude de la catalepsie, par W. SVETLIN. (*Arch. für Psychiatrie und Nervenkrank.*, Bd. VIII, Heft. 3, p. 549.)

Cataracte. — Etude sur 100 cas d'opération de cataracte, par BAUERLEIN. (*Bayern. aerztl. Intellig.*, n° 9.) — Statistique de 500 opérations de cataracte, par TAYLOR. (*Brit. med. Journal*, 7 sept.) — Du pansement antiseptique dans l'opération de la cataracte, par A. GRÆFE. (*Arch. f. Ophthalmolog.*, XXIV, p. 233.) — Mémoire sur l'opération de la cataracte, par F. BUSINELLI. (In-8°, Rome.)—Cataracte traumatique avec atrésie pupillaire, synéchies et ramollissement du corps vitré; kératite vasculaire; guérison, par J. GASTALDO. (*La Cronica médica*, Valencia, an I, n° 22.) — Cataracte congénitale, observation curieuse d'hérédité multiple, par BAUDON. (*Recueil d'ophthalmologie*, p. 9, Paris.) — Des accidents consécutifs à la cataracte chez les vieillards athéromateux, par BAUDON. (*Recueil d'ophthalmologie*, p. 6, Paris.) Ce sont deux cas d'hémorrhagies du corps vitré après l'opération de la cataracte; la vue a pu se rétablir.

Catgut. — Catgut comme moyen de suture, par WILL. (*Med. Times and Gazette*, vol. II, p. 247.) — Catgut, deux cas de réunion par première intension, après ligature de la fémorale, par WALSHE. (*The Lancet*, vol. II, p. 617.)

Cathétérisme. — Des accidents graves consécutifs au cathétérisme, par E. HINCELIN. (*Thèse de Paris*, n° 209.) — Microphone appliqué au cathétérisme explorateur, par H. THOMPSON. (*The Lancet*, vol. I, p. 826.)

Cautère. — Le thermo-cautère; essai d'une étude comparative du cautère actuel, du galvano-cautère et du thermo-cautère, par ÉD. RETTERER. (In-4° avec planches, Paris.) — Thermo-cautère. Trois obs., par LYSTER. (*The Lancet*, vol. II, p. 7.)

Céphalotripsie. — De la décapitation du fœtus dans certains cas de version irréalisable (procidence du bras, contraction tétanique de l'utérus), par KIEN. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 7.)— Fœtus hydrocéphale; céphalo-

tomie, par G. Morelli. (*Rivista clinica di Bologna*, fasc. 4, avril.) — Crânioclaste imaginé et présenté par Veit (l'une des branches est acérée de façon à servir de perforateur). *Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin*, 22 janv. 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 16, p. 231, 22 avril.)

Cerveau. — Du poids du cerveau suivant les races et suivant les individus, par L. Pozzi. (*Revue d'anthropologie*, avril.) — Des centres corticaux du cerveau humain, par Rosenthal. (*Wien. med. Presse*, n°s 21-25.) — Encéphale, anat. et phys., par Ross. (*Med. Times and Gazette*, vol. I, p. 586, et vol. II, p. 97-346.) — Suite et développement de ses recherches sur les circonvolutions, par Munk. (*Verh. d. Berl. phys. Soc.; Arch. f. Anat. u. Phys.*, p. 162-178.)—*Hémiopie droite*, produite par un abcès du cerveau gauche (circonvolutions occipitales, operculum), et une petite portion de la circonvolution postrolandique, par Wernicke. (*Ibid.*, p. 178.) — Concrétions des plexus choroïdes du cerveau chez le cheval, par Barrier. (*Soc. de Biol.*, 23 mars.) — Atrophie de la couche optique et des tubercules quadrijumeaux droits, consécutive à la rétraction cicatricielle d'un ancien foyer de ramollissement; limitation des mouvements associés des yeux, par Wernicke. *Société médico-psychologique de Berlin*, 4 juin 1877. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 11, p. 154, 18 mars.)— Hémiplégie. — Tumeur cérébrale. — Gliome ou syphilis? Leçon de Hardy. (*Gaz. des hôp.*, n° 89.) — Athérome des artères du cerveau, par Berdinel. (*Gaz. méd. de Paris*, p. 205.) — Aphasie et hémiplégie faciale passagère; hémorrhagie cérébrale dans la deuxième circonvolution frontale du côté gauche, par Paul Bar. (*France médicale*, 25 sept.) — Note sur quelques faits de pachyméningite gommeuse, avec lésions des circonvolutions cérébrales antérieures, par Lancereaux. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 2e série, t. VII, n° 36.) — Atrophie ancienne du membre supérieur droit; développement relatif moindre de la circonvolution pariétale ascendante gauche, par Marc Sée. (*Soc. de chir.*, p. 334.)

Cervelet. — Nouvelles recherches sur la structure du cervelet de l'homme, par R. Stilling. (Livraisons 1-4 et 1re moitié de l'atlas. Cassel.) — Cas d'abcès du cervelet, par John Service. (*Brit. med. Journ.*, p. 561, 20 avril.)

Césarienne (opération). — Opération césarienne nécessitée par un squirrhe du vagin, par Braxton Hicks. (*Med. Times and Gaz.*, vol. I, p. 175.) — Remarques sur l'opération césarienne, par Harris. (*American Journal of Obstetrics*, juillet, p. 620.) — Opération césarienne, par Curbris. (*Idem*, juillet, p. 613.) — Opération césarienne. Pas de sutures utérines, guérison de la mère et de l'enfant. par Wrench. (*The Lancet*, vol. II, p. 4.) — De l'opération césarienne, par Spath. (*Wien. med. Woch.*, janv.)— Opération césarienne ; position assise pendant l'opération ; suture métallique de l'utérus. Guérison, par F. Davey. (*The Lancet*, vol. I, p. 826.) — Opération césarienne, suivie de l'amputation utéro-ovarique; mort, par Wasseige. (*Bull. de l'Acad. de Belgique*, sept.)

Chaleur. — Etude historique et critique sur la chaleur animale, par Bonnal (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 2e série, t. VII, n° 41.)

Champignon. — De quelques espèces nouvelles de champignons, par Boudier. (*Bull. de la Soc. botanique de France*, t. XXIV.)

Chancre. — Etude sur les variétés et les formes anormales du chancre simple, par Jullien. (*Progrès médical*, 17 août et suiv.)

Charbon. — Instructions vétérinaires pour le pays de Basse-Bretagne; le charbon et les maladies charbonneuses en Cornouailles et en Léon, par H.-M. Tanguy. (In-18, 32 p. Landerneau.) — Deux cas de pustule maligne,

par GALLOZZI. (*Il Morgagni*, Naples, fasc. III, mars.) — Sur la vente à la criée des viandes de boucherie, au point de vue des maladies charbonneuses, par BOUCHARDAT. *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle.* (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 2e série, t. XLIX, p. 442, mai.)

Chirurgie. — Etat actuel et progrès, par WHEELHOUSE. (*Med. Times and Gazette*, vol. II, p. 185.) — Compte rendu des opérations pratiquées à l'hôpital civil de Cologne en 1877, par BARDENHEUER. (*Correspond. Bl. des ärtzl. Ver. in Rheinland.*) — Statistique chirurgicale de l'hôp. Béthanie à Berlin, de 1873 à 1876, par H. SETTEGAST. (*Arch. f. klin. Chirurgie*, vol. XXII, fasc. 4, p. 875.)

Chloral. — De l'hydrate de chloral, par M.-L. BROWN. (*Boston med. and surg. Journ.* 25 avril.) — Solubilité du chloral dans les corps gras, par CATILLON. (*Soc. thérapeutique ; Gaz. hebdom.*, 1er nov., p. 705.)

Chlorose. — Des fausses chloroses, par POTAIN. (*Clinique de l'hôpital Necker, France médicale*, 5 oct.) — Des signes de la chlorose, par GEORGE A. GIBSON. (*The Lancet*, 22 sept. 1870, p. 418.)

Chlorure. — Recherches sur le chlorure de sodium ; quelques mots sur l'albuminurie, par E. PARDOR. (*Thèse de Paris*, n° 401.) — Le chlorure de calcium considéré comme agent thérapeutique, par ROBERT BELL. (*The Lancet*, 25 août 1877, p. 275.)

Chorée. — Quelques considérations sur la symptomatologie et la nature de la chorée, par G. CARTIER. (*Thèse de Paris*, n° 450, 1876.) — La chorée : son étiologie et ses variétés, par C. WOOD. (*Am. suppl. to the Obst. jour.*, février.) — Du traitement moral de la chorée, par O. STURGES. (*Med Times and Gaz.*, p. 559, 25 mai.) — Traitement de la chorée, par RICHTER. (*D. Arch. f. kl. Méd.*, p. 373.) — Traitement de la chorée, par BOUCHUT. (*Gaz. des hôp.*, n° 82.)

Choroïde. — Décollement de la choroïde au niveau de la macula, par MICHEL. (*Klin. Monats. f. Augenheilk.*, XVI, p. 18.)

Cicatrice. — De la cicatrisation par dessiccation, par E. DUCLOUX. (*Thèse de Paris*, n° 181.)

Circulation. — Sur la découverte de la circulation sanguine ; étude historique, par M. KIRCHNER. (In-8°, Berlin.) — De l'influence des excitations cutanées sur la circulation et la calorification, par A. JOFFROY. (*Thèse d'agrégation*, Paris.) — Nouvelle méthode pour mesurer la pression sanguine dans les petits vaisseaux. (Travail qui doit paraître plus développé dans le même recueil, par KRONECKER, ROY et BROWN (*Veck. d. Berl. phys. Soc.* in *Arch. f. Anat. u. Phys.*, n° 158.)

Climat. — Des climats de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et des Indes Occidentales, dans le traitement des affections pulmonaires, par R.-H. BAKEWELL. (*The Practitioner*, août.) — De l'influence des climats sur les affections pulmonaires et autres ; sud de l'Afrique ; voyages sur mer, par HARRY LEACH. (*The Practitioner*, sept.) — Des avantages du climat de la République Argentine pour la cure de la phthisie commençante, par ARTHUR P. LEESON. (*The Dublin Journ. of med sc.*, p. 190.) — Le climat de Lugano, par CORNILS. (*Corr. Bl. f. Schweiz. Aerzte*, n° 6, p. 181, 15 mars.)

Cœur. — Séméiologie. 1re partie : le cœur, par ERRICO DE RENZI. (Broch. in-8°, Milan.) — Sur les modifications de la pression à l'intérieur du cœur, par

F. Goltz et J. Gaule. (*Arch. f. die gesammte Phys.*, XVII, p. 100.) — Action du sulfate de magnésie sur les battements du cœur, par Jolyet. (*Soc. de biol.*, 6 avril.) — Etudes cardiographiques et sphygmographiques, par Keyt. (*New York med. Journ.*, février.) — Etude clinique et séméiologique sur un cas remarquable de lésions cardiaques, par L. Dumas. (*Montpellier médical*, p. 109, août.) — Absence du ventricule droit du cœur, sténose de l'artère pulmonaire, par Heineman. (*New York med. Journal*, août.) — Des névroses du cœur chez les enfants, par W.-H. Day. (*The Practitioner*, sept.) — Sur une corrélation pathogénique entre les maladies du cœur (rétrécissement et insuffisance aortiques), et l'hystérie chez l'homme, par M. Armaingaud. (*Jour. de méd. de Bordeaux*, n° 2 et 3.) — Exemple de surcharge graisseuse du cœur ayant envahi le myocorde, par E. Leyden. (*Berl. klin. Wochensch.*, n°s 16 et 17.) — Trois observations d'affections cardiaques avec complications rénales, par J. Tyson. (*Philadelphia med. Times*, 14 sept.) — De la congestion et de l'anémie cérébrales, dans les maladies du cœur et de l'aorte. Déduction thérapeutique, par Cesbron. (*Thèse de Paris.*) — Rupture du cœur par ulcération du ventricule droit au niveau d'un dépôt mélanique, par C.-B. Nichols. (*Boston med. and surg. Journ.*, 7 mars.) — Cas de rupture du cœur ; mort trois jours après, pendant un effort de défécation, par C.-B. Nichols. (*Boston med and surg. Journ.*, 7 mars.) — Plaie du cœur par armes à feu ; perforation du ventricule gauche; mort le septième jour, par Sands. Observation rapportée par Macdonald M'Hardy. (*St-Georges Hospit. Rep.*, London, t. VIII, 1874-76, p. 253.)

Coliques. — Traitement des coliques par un changement de position du corps (les coliques seraient le plus souvent de cause mécanique; l'inversion complète serait un prompt remède), par L. Phares. (*Transact. of the Mississipi State. med. Associat.*)

Commotion. — Commotion et compression cérébrales, par J.-D. Patron. (*La Emulacion*, 1877, n° 5.)

Conjonctive. — Etude sur l'anatomie pathologique de la conjonctive, par E. Berlin. (*Klin. Monatsb. f. Augenheilk.*, XVI, p. 341.) — Traitement de la conjonctivite diphthéritique, par H. Settler. (*Inaug. Dissert.*, Greifswald.) — Observations et considérations sur la conjonctivite trachomateuse, par A. Maroni. (*Rivista Clinica di Bologna*, sept.) — La conjonctivite simple et la conjonctivite purulente sont-elles deux entités pathologiques distinctes? par Amado Garcia y Bourlié. (*Thèse de doctorat de Cadix* et *la Cronica oftalmologica*, n° 6, p. 126, Cadix.)

Convulsions. — Des convulsions, par Archambault. (*Progrès médical*, 20 et 27 juillet.) — Convulsion chez un enfant à la suite de l'ingestion d'une grande quantité de raisins, par J.-F. Walsh. (*Philadelphia med. Times*, 14 sept.)

Coqueluche. — De l'ulcération sublinguale dans la coqueluche, par Delthil, rapport de H. Roger. (*Bull. de l'Ac. de méd.*, 2e série, t. VII, n° 38.) — Du traitement de la coqueluche par des inhalations d'essence de térébenthine, par Albrecht-Gerth (de Neuchâtel). (*Corr. Bl. f. Schw. Aerzte*, n° 5, p. 153, 1er mars.)

Cornée. — De la kératite parenchymateuse, par U. Raehlmann. (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmakologie*, Bd. VII, Heft 6, p. 464, 1877.) — De la kératite ponctuée, par Bruch. (*Alger médical*, 1er nov.) — Etude sur la kératite xérotique (xérodermique), par N. Feuer (*Wiener med. Presse*, n° 43, 1877.) — 69 cas d'ulcérations de la cornée, par M. Gunn.

(*Ophthalm. hospit. Reports*, IX, 1877.) — De la kératite à hypopion, étude clinique, par G. THILO. (*Thèse inaugurale*, Strasbourg, 1877.) — Ulcères de la cornée, par L. HARDESTY. (*St-Louis med. and surg. Journ.*, XXXIV, n° 1.) — De l'ulcère (ulcus rodeus) de la cornée, par KOLL (*Inaug. Dissert.*, Bonn.) — De l'hypopyon et de son traitement, par J. BERNAUER. (*Thèse de Paris*, n° 330.) — De l'emploi du cautère actuel dans les maladies des yeux, et principalement dans les ulcères de la cornée, par MARTINACHE. (*Ann. d'oculistique*, v. LXXX, p. 21.)— De l'opération de Saemisch dans l'hypopyon, par E. GLASCOTT. (*Brit. med. Journal*, 2 nov.) — De la kératotomie dans l'hypopyon, par SIMBON SNELL. (*Brit. med. Journal* 2 nov.) — Kératite interstitielle diffuse, par BADAL. (*Soc. de Biol.; Gaz. méd.*, p. 124.) — Observation d'un pannus granuleux guéri par l'inoculation du pus blennorrhagique, par S. CASTELLANA Y MORENO. (*La Cronica oftalmologica*, n° 5, p. 104, Cadix.) — De la transplantation de la cornée, par A.-V. HIPPEL. (*Archiv f. Ophthalmologie*, XVIV, p. 285.) — Sur la transplantation de la cornée, lettre de H. POWER. (*Klin. Monats. f. Augenheilk.*, XVI, p. 35.)

Corps étrangers. — Corps étrangers du larynx et de l'œsophage, par G. STETTER. (*Archiv f. klin. Chirurgie*, vol. XXII, fasc. 4, p. 959.) — Corps étrangers des voies aériennes, observations nombreuses et intéressantes, par JOHNSON. (*The Lancet*, vol. II, p. 501 et 537.) — Corps étranger dans la trachée extrait après trachéotomie, par CABOT. (*Boston med. and surg. Journ.*, 16 mai.) — Du traumatisme des blessures et des corps étrangers du globe de l'œil, par A. YVERT (suite). (*Recueil d'ophthalmologie*, p. 34, Paris.) — Corps étrangers de la caroncule lacrymale, par SOUS. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 10.) — Corps étrangers de la chambre postérieure, une obs., par M. COATES. (*The Lancet*, vol. I, p. 719.) — Corps étrangers de l'œil, par F. MASON. (*Ophthalm. hosp. Reports*, IX, 1877.) — Des corps étrangers libres dans la chambre antérieure, par DELACROIX. (*Union méd. du Nord-Est*, n° 3.) — Expériences démontrant les effets de corps étrangers introduits dans la chambre oculaire antérieure, par BERTHOLD. (*Société de méd. sc. de Kœnisberg*, 14 mai 1877; *Berlin klin. Wochens.*, n° 18, p. 258, 6 mai.) — Sur le diagnostic, le pronostic et le traitement des corps étrangers siégeant dans la chambre antérieure de l'œil, par J. SANTOS FERNANDEZ. (*La Cronica oftalmologica*, n° 4, p. 87, Cadix.) — Extraction des corps étrangers du conduit auditif, par G. GRAY. (*Brit. med. Journ.*, 9 fév.) Le procédé consiste à tirer sur un fil préalablement fixé au corps étranger à l'aide d'une masse agglutinative. — Corps étranger du conduit auditif externe avec hémicrânie réflexe, par HEIDENREICH. (*Arch. f. Augen. u. Ohrenh.*, vol. V.) — Corps étranger de la caisse du tympan, par H.-S. SCHELL. (*Philadelphia med. Times*, 3 août.) — Déglutition accidentelle de trois dents artificielles, par SOLTSIEN. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 18, p. 255, 6 mai.)—Enlèvement d'un pessaire qui avait séjourné vingt-cinq ans dans la cavité utérine sans que la matade en ait eu connaissance, par BRADFIELD. (*American Journ. of Obstetrics*, juill., p. 569.) Introduction accidentelle de sangsues dans certaines cavités naturelles, par CREUS. (*El Siglo médico de Madrid*, n° 1271.) — De la migration des aiguilles dans les tissus; jeune fille ayant rendu, par divers points du corps, plus de 120 aiguilles. (*Union méd.*, 16 avril.) — Rupture d'une sonde dans la vessie sortie par le rectum, par FLEURY. (*Soc de chir.*, p. 343.)

Couleurs. — De la perception des couleurs, par G.-S. HALL. (*Boston Soc. of med. sc.; — Boston med. and surg. Journ.*, 11 avril.) — Sur la vision des couleurs, par CHEVREUL. (*Compt. rend. Acad. des sc.*, 8 avril.) — La

détermination numérique du pouvoir de distinguer les couleurs, par Donders. (*Annales d'oculistique*, vol. LXXIX, p. 275.)

Coxalgie. — Remarques sur la coxalgie, par H. Macnaughton Jones. (*Brit. med. Journ.*, 24 août.) — La coxalgie, par C. Romano. (Brochure de 70 p., Naples, 1877.)—Anatomie pathologique de la coxalgie chez les enfants, par E. Owen. (*Brit. med. Journal*, 24 août.) — Un cas de sacro-coxalgie, par Pooley. (*New York med. Journal*, sept.) — Arthrite coxo-fémorale et luxation spontanée du fémur dans le cours d'une fièvre typhoïde, par Weil. (*Prager med. Wochensch.*, n° 7.) — Du traitement de la coxalgie par la tension permanente au moyen de poids, par Obalinski. (*Medycyna* (en polonais), n°s 11-13; *Centralbl. f. Chir.*, n° 30.) — Coxalgie; de la désarticulation de la hanche comme moyen ultime; plusieurs observat. de guérison, par Gay. (*The Lancet*, vol. I, p. 787.)

Crâne. — Observation de fracture du crâne avec enfoncement du pariétal gauche pouvant servir à élucider l'histoire des localisation cérébrales, par L. Caradec. (*Gaz. hebdomad.*, 25 octobre.) — Observation de fracture du crâne avec écoulement de liquide encéphalo-rachidien, suivie de guérison, par L. Vacher. (*Lyon médical*, 6 octobre.)—Plaie du crâne; méningo-encéphalite apparaissant au huitième jour, guérison, par Naylor. (*The Lancet*, vol. II, p. 437.) — Fracture du crâne par instrument tranchant, plaie pénétrante du cerveau, section de l'artère cérébrale moyenne près de son origine, hémorrhagie externe; accidents paralytiques et convulsifs, mort le lendemain, par Dowson. (*Medic. Times and Gazette*, vol. II, p. 378.) — Blessure du crâne par coup de feu, par A. Lucas. (*Brit. med. Journal*, 19 octobre.) — Des déformations artificielles du crâne en général et de celles de deux crânes microcéphales trouvés en Hongrie, et d'un crâne provenant des temps barbares du même pays, par Joseph de Lenhossék. (1 vol. in-8 avec 11 figures phototypiques sur 3 planches et 16 figures intercalées dans le texte, Paris.)— Fracture du frontal et du pariétal gauches par arme à feu; hernie cérébrale; hémiplégie droite, aphasie; ouverture d'un abcès sous-périostique au-dessus de la hernie, guérison, par Kusmin. (*St-Petersburg. med. Wochens.*, n° 17.) — Fracture de l'étage antérieur du crâne, par J. Lane et Field. (*The Lancet*, vol. I, p. 457.) — Fracture du crâne par marteau dans un cas de suicide; mort subite au vingtième jour par dyspnée, par Steele. (*Med. Times and Gazette*, vol. I, p. 362.) — Fracture du crâne avec issue de liquide céphalo-rachidien par le conduit auditif, par Campbell. (*The Lancet*, vol. I, p. 348, 1878.)

Cristallin. — Histologie du cristallin, par K. Ritter. (*Archiv f. Ophthalmologie*, XXIV, p. 1.) — Luxation traumatique des deux cristallins, complète à droite, avec déchirure de l'iris et chute de la lentille dans le corps vitré; incomplète à gauche, suivie de cataracte, par Badal. (*Union méd.*, 5 sept.)

Cuivre. — Recherches expérimentales sur l'action physiologique des sels de cuivre, par Philipeaux. (*Soc. de biol.*, 4 mai.)

Cysticerques. — Cysticerques intraoculaires, par L. da Fonseca jun. (*Period. d. Ophthalm. pract.*, janv.)— Ophthalmozoaire du corps vitré, par Vignes. (*Gaz. des hôp.*, p. 243.)

D

Daltonisme. — Du daltonisme, au point de vues des chemins de fer et de la marine, par LEDERER. (*Wien. med. Woch.*, janvier.) — L'examen du sens des couleurs dans le personnel des chemins de fer et de la marine, par J. STILLING. (2e éd., Cassel.) — Un cas de cécité des couleurs congénitale, par HIRSCHBERG. (*Archiv f. Anat. u. Physiol.*, p. 332.) Daltonisme très-accusé avec diminution notable pour la perception du rouge et du bleu. — De l'incurabilité du daltonisme congénital, par B. Joy JEFFRIES. (*Boston med. and surg. Journ.*, 28 mars.)

Délire.— Contribution à l'anatomie pathologique des délires aigus, par JENN. (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank*, Bd. VIII, Heft 3, p. 594.)

Délivrance.—Deux cas d'inversion utérine après la délivrance, par J. BRAITHWAITE. (*The Obst. Journ.*, n° 62.)

Dent. — Du traitement des dents temporaires des enfants, par W.-H. ROLLINS. (*Boston med. and surg. Journ.*, 28 mars.) — Sur la présence de la coccobactérie septique dans les abcès dentaires, par HAUSSMANN (de Berlin). (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 14, p. 191, 8 avril.) — Observation d'un kyste folliculaire de la dent de sagesse inférieure, par E. GUÉRARD. (*Union méd.*, 20 août.) — De la mécanique dentaire; traité pratique de la construction des diverses variétés de dentiers artificiels, par Ch. HUNTER. (In-8°, Londres.) — De la dentition : scarification des gencives chez les enfants, par G.-W. GARLAND. (*Boston med. and surg. Journ.*, 25 avril.) — Pathologie de la dentition, par W. WHITE. (*Amer. Supp. to the Obst. Journ.*, avril.)

Désinfectants. — De la théorie chimique du contage comparée avec la théorie des corpuscules, étude suggérée par l'action des désinfectants, par J. LANE NOTTER. (*Brit. med. Journ.*, 20 juillet 1878, p. 99.)— Irrigations et lavages prolongés avec les liquides désinfectants. Septième congrès de la Société allemande de chirurgie, 10 avril 1878 : KÖNIG (de Gottingue), BARDELEBEN, HÜTER, KÜSTER, OLSHAUSEN, SCHEDE, THIERSCH, BIDDER, WAGNER, LANGENBECK. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 17, p. 247, et 18, p. 261, 29 avril et 6 mai.)

Diabète. — Leçons de Claude Bernard sur le diabète et la glycogénie animale. Édition allemande avec annotations, par Carl POSNER (Berlin). — Accidents oculaires dans la glycosurie, par GALEZOWSKI. (*Recueil d'opthalmologie*, p. 83.) Observations : 1° paralysie de la troisième paire ; 2° myosis double ; 3° Amblyopie sans lésion. — Ulcération du pied, suivie de mort par infection purulente chez une femme atteinte de diabète sucré, par E. GAUCHER. (*France médicale*, 4 septembre.) — Variétés du diabète ; compte rendu de la clinique de TOMMASI. (*Il Morgagni*, juin.)— Diagnostic différentiel de la glycosurie et du diabète, par Gerin ROZE. (*Union médicale*, 30 juillet.)

Diphthérie. — Contribution à l'étude du croup chez l'adulte, par F. CHARRASSIN. (*Thèse de Paris*, n° 415.) — Analyse de 112 cas de diphthérie, par George VAN WAGENEN. (*New York Med. Journal*, juin.) — Ataxie musculaire aiguë progressive à la suite d'une diphthérie très-grave; rapide guérison par l'électrothérapie, par GIOVANNI DE VECCHI DI CASTEGGIO. (*Annali universali di med. e. chir.*, juillet.) — Croup consécutif à un refroidissement par G. JOHNSON. (*Lancet*, 16 février.) — Etude sur une épidé-

mie de diphthérie, par M. A. Pitavy. (*Thèse de Paris*, n° 46.) — Etude sur l'histologie pathologique de la diphthérie, par J. Zahn. (In-8° Leipzig.) — Des relations qui existent entre la diphthérie et le croup, par F. B. Curtis. (*Boston med. and surg. Journ.*, 14 mars.) — Cas de diphthérie en 1876-77, par Finlay. (*Med. Times and Gaz.*, 15 et 22 juin.) — Etude sur une épidémie d'angines couenneuses, par H. Combes. (*Thèse de Paris*, 1877.) — Du collapsus dans la diphthérie, par Samuelson. (Il serait causé par une dégénérescence aiguë du cœur.) *Société de médecine scientifique de Koenigsberg*, 14 mai 1877. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 18, p. 258, 6 mai.) — 74 cas de diphthérite de la conjonctive, par St. Adler. (*Wiener med. Wochensch.*, n° 15.) — De la paralysie diphthéritique, par Archambault. (*Union médicale*, 8 et 15 juin.) — De la fausse membrane diphthéritique, par Joseph Coats. (*Brit. med. Journ.*, mai, p. 736.) — Diphthérie et croup, par Franz Seitz. (Berlin.) — Sur le pronostic et le traitement de la diphthérie, par J. Lewis Smith. (*The American Journal of med. sc.*, octobre 1877.) — Thérapeutique de la diphthérie, par Graham Brown. (*Journ. of anatomy and physiology*, XII, octobre 1877.) — Observation d'un cas de croup guéri par des injections sous cutanées de sulfate d'atropine, par de Pontevès. (*Union médicale*, 8 août.) — Note sur le traitement du croup (émétique, 6 guérisons sur 9 cas), par Dumolard (*Lyon médical*, 3 nov., p. 332.) — Traitement de la diphthérie, par Billington ; *idem*, par Rodmau ; *idem*, par Willard. (Teinture de perchlorure de fer). (*The med. Record*, New York, janvier.) — *Idem*, par Schirip. (*Canada med. and surg. Journal*, février.) — Croup d'emblée traité par les excitants et les toniques à haute dose, par Delon. (*France médicale*, 23 octobre.) — Du traitement de l'angine couenneuse en général et en particulier par les balsamiques, par Ch. de Trolong du Rumain. (*Thèse de Paris*, 1877.) — A propos de l'emploi de l'eau de chaux contre les fausses membranes diphthériques, par Sigg et par Hagenbach. (*Corr. Bl. f. Schweiz. Aerzte*, n° 9, p. 276, mai.)

Doigt. — Syndactylie congénitale, par Powley. (*New York med. Journal*, septembre.)

Dysenterie. — Utilité des purgatifs dans certaines formes de dyssenterie chronique. (Leçons cliniques de Domenico Capozzi.) (*Il Morgagni*, juin.)

Dysménorrhée. — Traitement de la dysménorrhée et de certaines affections de l'utérus par une nouvelle forme de sonde élastique intra-utérine. Communication faite à la *Société médicale de Londres*, par Greenhalgh. (*The Lancet*, 10 novembre 1877, p. 691.)

Dyspepsie. — De la dyspepsie et de son traitement par la teinture d'iode, par Ollé. (*Thèse de Paris.*) — Des dyspepsies, par F. Raymond. (*Thèse d'agrégation de Paris.*) — De l'emploi de la pancréatine dans les dyspepsies et en particulier dans les dyspepsies gastro-intestinales et les diarrhées chroniques, par Huchard. (*Union médicale*, 6 août.)

Dystocie. — Cas de version pratiquée dans un utérus tétanisé, par Zaëna. — Rapport, par Guéniot. (*Soc. de Chir.*, p. 889.)

E

Eaux minérales. — Notice médicale sur les eaux de Salins, du Jura, par F. Guyenot (in-16, 20 pages, Arbois.) — De l'irrigation par les eaux d'égout

dans la presqu'île de Gennevilliers et de la cause réelle des cas de fièvre intermittente qui y ont été observés, par Georges BERGERON. *Société de médecine publiq. et d'hyg. professionnelle*, et discussion consécutive : LAGNEUR. (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 2e série, XLIX, p. 472, mai.) — Hall-les-Bains (Haute-Autriche), par J. RABL. (In-8°, Vienne.)—Les sources iodées de Sulzbrunn près Kempten (Bavière), par E. HAFFTER (de Weinfelden). (*Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, n° 7, p. 193 et n° 8, p. 229, 1er et 15 avril.) — Des modifications chimiques de l'eau de l'Isar dans son passage à travers Munich, par BRUNNER et EMMERICH. (*Zeitsch. f. Biol.*) — Eaux thermo-bicarbonatées-azotées de Urbernaga (Biscaye), par E.-F.-V. (*La Crónica médica*, Valence, n° 20.) — Des effets de la douche écossaise à l'eau de mer, par LEMARCHANT. (In-8° de 78 pages, A. Delahaye.) — Heustrich, eaux minérales sulfurées et bicarbonatées sodiques, par Amand CHEVALLEREAU. (Paris, in-8° de 16 pages.) — Clinique thermo-minérale de Néris, par F. DE RANSE (3e fascicule sur l'action des eaux de Néris sur les maladies des femmes.) (Paris, Asselin, 1877.) — Étude sur les eaux minérales de Balaruc, par MANDOUL. (*Thèse de Paris.*) — Etude sur les eaux minérales de l'Asie Mineure, par JAPHET. (Paris, in-8° de 66 pages.) — Vichy et ses eaux minérales, par GRELLETY. (Vichy, 1877.) — Les eaux minérales d'Auvergne ; étude comparative des diverses stations de ce groupe, par BOUCOMONT. (In-18, 214 p., Paris.) — Des éruptions thermales, leur signification aux eaux de la Bourboule, par VÉRITÉ. (1877.)

Éclampsie. — Des lésions causales de l'éclampsie puerpérale, par J. TYSON. (*Philadelphia Med. Times*, 17 août.) — Éclampsie (avec albuminurie) au 6e mois de la grossesse. Accouchement d'un enfant mort un mois après, sans récidive de convulsions, par RHEINSTAEDTER (de Cologne.) (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 14, p. 194, 8 avril.) — Deux cas de convulsions puerpérales, par HELLY. (*Amer. Journ. of Obs.*, p. 607, juillet.) — Éclampsie, accouchement prématuré, spontané, guérison, par NOIR. (*Soc. des sciences méd. de Gannat*, p. 33.) — Accouchement forcé dans un cas d'éclampsie, par MORISANI. (*Il Morgagni*, Naples, fasc. III, mars.) — Emploi du vératrum viride dans l'éclampsie puerpérale, par S. BOYD. (*Am. Suppl. to the Obst. Journ.*, février.) — Sur l'emploi du bromure de potassium dans l'éclampsie puerpérale, par DUMOLARD. (*Lyon médical*, 17 novembre.) — Un cas d'éclampsie puerpérale (guérie par le chloroforme), par A. WIGLESWORTH. (*The Obst. Journ.*, n° 58.)

Eczéma. — Du traitement de l'eczéma rubrum par le glycérolé de sous-acétate de plomb, par DUHRING et VAN HARLINGEN. (*Philadelphia Med. Times*, 3 août.) — Du traitement de l'eczéma impétigineux chez les enfants par la toile imperméable, et de son innocuité, par LEPAGE. (*Paris*, 1877.) — De l'eczéma en général et de ses complications pulmonaires, par A.-S. PICARD. (*Thèse de Paris*, n° 333.) — Des éruptions eczémateuses déterminées par l'acide picrique, par L. GRANGÉ. (*Thèse de Paris*, 1877.)

Électricité. — Leçons sur l'électricité de Tyndall, traduites par Francisque MICHEL. (In-12, Paris.) — Compendium d'électrothérapie, par R.-H. PIERSON. (2e édition, Leipzig.) — De l'influence de la direction des courants continus ; réponse à MM. Chauveau et Vulpian, par ONIMUS. (*Soc. de biol.*, 11 mai.) — De l'excitation électrique des fibres du grand sympathique et de l'influence des courants électriques sur la pupille de l'homme, par Y. KATYSCHEW. (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank.*, Bd. VIII, Heft 3. p. 624.) — Anesthésie cutanée produite par un courant électrique ; abaissement de température, sous l'influence du même moyen, dans les parties électrisées, par T. GUYOT. (*Gazette des hôpitaux*, p. 693.) — Un nouveau

porte-objet pour l'électrisation des tissus, par C. Wedl. (*Archiv für path An. und Phys.*, t. LXXIV, p. 142.)

Éléphantiasis. — De l'éléphantiasis des paupières, par A. Th. Beck. (*Diss. inaug.*, Bâle.) — Un cas d'éléphantiasis des Arabes, par Gallozzi. (*Il Morgagni*, août.) — Éléphantiasis, par Ernest Besnier. (*Gaz. des hôp.*, n° 128.) — Éléphantiasis de la vulve. Opération, guérison, par Hume. (*The Lancet*, vol. II, p. 122.)

Embolie. — Mort subite par embolie pulmonaire dans un cas de kyste ovarique volumineux compliqué d'ascite, par Duguet. *Soc. méd. des hôpitaux.* (*Union médicale*, 17 septembre.) — Note sur un cas de mort rapide par embolie pulmonaire survenue dans le cours d'une thrombose déterminée par la présence d'un myôme utérin kystique volumineux, par Duguet. *Soc. méd. des hôpitaux.* (*Union médicale*, 4 et 11 juillet.) — Des embolies pulmonaires dans les tumeurs de l'utérus ou de l'ovaire, par Sevestre. (*Progrès médical*, 7 septembre.) — Infarctus pulmonaire hémorrhagique chez un enfant, à la suite d'une blessure légère de la jambe, par Curtin. (*Amer. Journ. of Obst.*, p. 611, juillet.) — Mort subite par suite d'un infarctus pulmonaire hémorrhagique, onze jours après l'accouchement, par Curtin. (*Idem*, p. 609, juillet.) — Cas d'embolie graisseuse du poumon indépendant des fractures osseuses, par Fitz. (*Boston med. and surg. Journ.*, 30 mai.) — Embolie de l'artère centrale de la rétine, par F. Buller. (*Transact. of the Canada med. Association*, vol. I, p. 176, 1877.) — Embolie de l'artère centrale de la rétine, par Löwenstein. (*Klin. Monats. f. Augenheilk.*, XVI, p. 270.)

Embryologie. — Contribution à l'étude de la morphologie de l'embryon humain, par V. Hensen. (*Arch. f. Anat. u. Phys.*, I fasc., 1877.) — Note sur le tissu adamantin de l'ectoderme, par J. Renaut. (*Société de biol.*, 4 mai.)

Empoisonnements. — Observation d'empoisonnement par le cyanure de potassium, par G.-F. Souwers. (*Philad. med. Times*, n° 272.) — Double empoisonnement par la dynamite, par Wolff. (*Eulenberg's Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med.*, XXVIII, p. 1.) — Empoisonnement par l'oxyde de carbone dans un four à chaux, par Draper. (*Boston med. and surg. Journ.*, 21 mars.) — Empoisonnement par le chloral, guérison, par W. Sedwich. (*The Lancet*, vol. II, p. 168.) — Empoisonnement non mortel par les cantharides, par Rosalino Braga. (*Revista medic. de Rio de Janeiro* in *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 2e série, XLIX, p. 537, mai.) — Empoisonnement mortel d'un médecin par la liqueur de Fowler, prise comme médicament, par Teixeira Maciel (*Revista medic. de Rio de Janeiro* in *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 2e série, XLIX, p. 539, mai.) — Cas d'empoisonnement accidentel aigu par l'acide phénique ; ingestion de 9 grammes d'acide ; aspiration et lavages stomacaux. Guérison, par Max Oberst. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 12, p. 157, 25 mars.) — Cas d'empoisonnement par la belladone. Guérison, par L. Parks. (*Boston med. and surg. Journ.*, 25 avril.) — Deux observations d'empoisonnement par l'opium ; insuccès des injections d'atropine, par F.-L. Haynes. (*Philadelphia med. Times*, 14 septembre.) — Habitudes morphiniques, par Lyman. (*Boston med. and surg. Journ.*, 2 mai 1878.) Il s'agit d'une dame qui prenait presque 1 gramme de morphine par jour sans effets fâcheux. — Un cas d'intoxication par la morphine, par Cartaz. (*France méd.*, septembre.) — Cas de mort attribuée à la manipulation de la poussière de cuivre, par J. Feltz. (*France méd.*, 31 octobre.) — 206 personnes atteintes de symptômes cholériformes, 6 mortes, à la suite de l'usage de viande provenant d'une vache malade (probablement de charbon), par K. Huber et Butter. (*Arch. der Heilk.*,

XIX, n° 1.) — Procédé pour étudier l'état des organes à un moment donné de l'empoisonnement, par PICARD (de Lyon). (*Gaz. méd. de Paris et Soc. de biol.*, 1er juin.)

Enchondrome. — Chondromes kystiques volumineux des deux fémurs chez une femme de 44 ans, présentés par Paul GUETERBOCK au VIIe congrès de la Société allemande de chirurgie, 12 avril 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 19, p. 276, 13 mai.) — Enchondrome de l'extrémité supérieure de l'humérus; désarticulation du bras, par E. ATKINSON. (*The Lancet*, vol. I, p. 640.)

Endocarde. — Note sur trois cas d'endocardite végétante avec purpura, par HENROT. (*Notes de clinique médicale*, p. 27, Reims, 1877.)

Enfants. — La mortalité des enfants considérée dans ses rapports avec l'hérédité et le mode d'allaitement, par GUAITA. (*Lo Sperimentale*, août.) — Remarques sur la natalité et la mortalité des enfants naturels, ainsi que sur la matrimonialité, considérées au point de vue de la recherche de la paternité, par G. LAGNEAU. (*Bullet. de l'Acad. de médecine*, 2e série, t. VII, n° 33.) — Considérations générales sur l'hygiène et la protection des enfants du premier âge, par L. GUYOT. (*Thèse de Paris*, n° 262.) — De quelques préjugés et abus populaires concernant l'hygiène de la première enfance et des dangers de la plupart d'entre eux, par M. DUPOY. (*Thèse de Paris*, n° 313.) — Des tumeurs graisseuses dans l'enfance et le jeune âge, par H. BUTLIN. (*Saint-Barthol. Hosp. Rep.*, t. XIII, p. 179-185.) — Rapport sur 2,000 cas de maladies des enfants, traitées au dispensaire de Demilt, à New-York, par Brynberg PORTER. (*Amer. Journ. of Obst.*, vol. II, p. 278 et 544.) — Traitement de l'intertrigo chez les enfants, par WERTHEIMBER. (*D. Arch. f. k. Med.*, p. 308.) — De l'onanisme chez les nourrissons, par FLEISCHMANN. (*Wien. med. Presse*, janvier, février.) — De la cirrhose chez les enfants, par A. GRISEY. (*Thèse de Paris*, n° 343.) — Contribution à l'étude de la péricardite chronique chez l'enfant, par A. SIMARD. (*Thèse de Paris*, n° 405.) — Notes sur le développement et la croissance des enfants entre 13 et 20 ans, par Carrick STEET. (*Saint-George's Hosp. Rep.*, t. VIII, p. 49-56, 1874-76.) — De l'emploi de l'hydrate de chloral et de l'oxyde de zinc dans les entérites aiguës de l'enfance, par J.-L. TYSON. (*Philad. Med. Times*, 14 septembre.) — Enfant mort-né, géant pesant 5,500 grammes (placenta 1,630 grammes) et ayant une taille de 63 centimètres, par CONRAD, *Société médico-pharmaceutique du district du canton de Berne*, 13 février 1877. (*Corr. Bl. f. Schweiz. Aerzte*, n° 7, p. 207, 1er avril.)

Entorse. — Notes sur les entorses compliquées de fracture, par G. CALLENDER. (*Philad. med. Times*, 12 octobre.) — De la diastasis traumatique simple de l'articulation péronéo-tibiale inférieure, par M. DUNAND. (*Thèse de Paris*, n° 217.)

Entozoaires. — La filaria mimitis et la filiaria sanguinolenta au Brésil, par Silva ARANJO. (*Lyon méd.*, 3 novembre.)

Épidemie. — Rapport général à M. le ministre de l'agriculture et du commerce sur les épidémies pendant l'année 1876, par BRIQUET. (In-4°, 55 p., Paris.)

Épilepsie. — Contribution à l'étude de l'hystéro-épilepsie, par SEPPILLI et MARAGLIANO. (*Rivista sperimentale di freniatria*, etc., fasc. II et III.) — Hémiathétose de la main droite, épilepsie et hémiplégie droite observée à Blidah, par MENDELSSOHN (de Varsovie). (*Alger médical*, nos 10 et 11.) — Épilepsie avec vertige constant, sensations auditives et diplopie monocu-

laire, par Gowers, *Univ. coll. hosp.* (*Brit. med Journ.*, p. 754.) — De l'épilepsie, par Park, Quinby, Clarke, Sargent, Eastman, etc., *Worcester Ass. for med. improvement.* (*Boston med. and surg. Journ.*, 25 avril.) — Étude clinique sur l'épilepsie par malformation du crâne, par J. Jobard. (*Thèse de Paris*, n° 350.) — De l'emploi du haschich dans le traitement de l'épilepsie, par Wharton Sinkler. (*Philadelphia med. Times*, 28 septembre.)— De l'épilepsie et du traumatisme dans leurs rapports réciproques. De l'influence du traumatisme sur la production de l'hystérie. Revue clinique, par Révillout. (*Gaz. des hôp.*, p. 689.) — De la trépanation dans un cas d'épilepsie d'origine traumatique. Guérison, par D.-H. Agnew. (*Philad. Med. Times*, 14 septembre.)

Épithéliome. — Épithélioma de la jambe droite. Désarticulation, par Gallozzi. (*Il Morgagni*, Naples, fasc. IV, avril.)

Érysipèle. — Des complications viscérales de l'érysipèle, par J.-M. Da Costa. (*The Amer. Journ. of med. sc.*, octobre 1877.) — Atrophie de la rétine et du nerf optique à la suite d'un érysipèle de la face, par Schenkl. (*Prager med. Wochensch.*, n° 23.) —De l'érysipèle, par Hardy. (*Union médicale*, 26 et 28 septembre.)— Lymphites et érysipèles de Rio-de-Janeiro, par Silva Rabella. (*Revista medica do Rio de Janeiro*, 31 décembre 1877.)

Érythème. — De l'érythème copahique (leçon de Hardy). (*Gaz. des hôp.*) — Copahu; éruption généralisée en 18 heures. Rash. Quelques papules, par Sutcliffe. (*Med. Times and Gazette*, vol. II, p. 350.) — Contribution à la question des exanthèmes médicamenteux, par Bruggister. (*Corr. .fBl Schweiz. Aerzte*, n° 5, p. 135.) — Érythème papulo-noueux, pris d'abord pour une variole, par Revillout. (*Gaz. des hôp.*, n° 72.) — Sur un cas d'érythème multiforme généralisé, par Gustav Behrend. (*Vierteljahrssch. f. Dermat. und Syphilis*, 1877, 3 Hft.)

Estomac. — Contribution à l'étude de l'ulcère simple de l'estomac, par G. Nazair. (*Thèse de Paris*, n° 344.) — De la dilatation de l'estomac, par Leven. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 2e série, t. VII, n° 35.)

Exostose. — Cas d'exostose du conduit auditif; méningite; mort; remarques sur cette affection, par J. Orne Green. (*Boston med. and surg. Journ.*, 18 avril.) — Exostose éburné des deux conduits auditifs. Large implantation; opération d'un côté. Guérison, par Field. (*The Lancet*, vol. II, p. 81.)

F

Fièvre. — Nature et traitement de la fièvre, par Carl Emil Buss. (Stuttgart.)

Fièvre intermittente. — De l'iode en solution alcoolique contre la fièvre intermittente (10 gouttes teinture d'iode dans un verre d'eau, toutes les 8 heures), par Nowodnitzchanski. (*St-Pétersburg. med. Wochenschrift*, n° 21.) — Fièvre intermittente avec hémorrhagie rétinienne; remarques. Service de Stephen Mackenzie. (*The Lancet*, 6 oct. 1877, p. 497.) — La fièvre pernicieuse ictéro-hématurique et l'intoxication quinique, par G. Mancini. (*La Sperimentale*, sept.)— De quelques cas de fièvre hépatique à forme intermittente, par Alberto Riva. (*Rivista clinica di Bologna*, nos 5-6, mai et juin.)

Fièvre jaune. — La fièvre jaune est-elle infectieuse? par Jasper Cargill

(qui répond affirmativement). (*The Lancet*, 27 oct. 1877, p. 607.) — De la fièvre jaune à la Martinique (Antilles françaises), étude faite dans les hôpitaux militaires de la colonie, par BÉRENGER-FÉRAUD. (In-8°, 516 p. Paris.)

Fistule. — Du traitement des fistules recto-vulvaires par un double plan de suture, par H. BRUNEAU. (*Thèse de Paris*, n° 257.) — Fistule vésico-vaginale, par E.-H. TRENHOLME. (*Transact. of the Canada med. Association*, vol. I, p. 168, 1877.) — Fistule recto-vésicale d'origine cancéreuse, par R. HARRISON. (*The Lancet*, vol. I, p. 645.) — Fistules vésico-vaginales. Deux obs. : dans l'une l'urèthre est intéressé en même temps que la vessie. (*Med. Times and Gaz.*, vol. I, p. 225.) — De la suture métallique dans la fistule vésico-vaginale, par F. PARONA. (Description d'un nouveau tord-fil) (*Annali Universali di medicina e chirurgia*, Milan, juin.) — Fistule urinaire ombilicale par persistance du canal de l'ouraque, chez une petite fille de 8 ans. (A l'autopsie, ulcérations de la vessie, des uretères et des reins se rapportant peut-être à de la tuberculose des voies urinaires), par Francis CADELL. (*Edinb. med. Journ.*, p. 221, sept.)

Fœtus. — De l'influence exercée sur le fœtus par les impressions maternelles. Communication faite à la Société médicale de Londres, par R.-J. LEE. (*The Lancet*, 3 nov. 1877, p. 651.) — Expériences démontrant le passage des éléments solides des vaisseaux de la mère dans ceux du fœtus, par CASPARY, *Société de médecine scientifique de Kœnisgberg*, 14 mai 1877. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 18, p. 258, 6 mai.)

Foie. — De l'abcès traumatique du foie, par G. BUFALINI. (*Lo Sperimentale* Florence, juillet.) — Abcès aigu du foie ouvert au bistouri ; pansement antiseptique, guérison, par HENDERSON et MACLEOD. (*The Lancet*, vol. I, p. 931.) — Deux cas d'abcès du foie, par William BYRD. (*New York med. Journal*, juillet.) — Abcès du foie, par DAVIS. (*New York med. Journal*, juin.) — Vaste abcès du foie traité avec succès par l'aspirateur pneumatique, par Jas. B. BALL. (*The Lancet*, 1er déc. 1877, p. 796.) — Péri-hépatite aiguë primitive, par BONNEMAISON. (*Revue méd. de Toulouse.*) — De la dégénérescence graisseuse du foie, par VON PLATEN. (*Arch. für path. An. und Phys.*, t. LXXIV, p. 268.)—De la dégénérescence amyloïde du foie, par SCHÜTTE. (*Diss. inaug.*, Bonn. 1877.) — Atrophie aiguë du foie chez un enfant de 8 ans, par SENATOR. (*Wien. med. Presse*, n° 17.) — Observation de cancer primitif du foie, par LETULLE. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 40.) — De la cirrhose hépatique, par NAUNYN. (Il est partisan des ponctions répétées de l'ascite, afin de lever l'obstacle au développement des anastomoses avec la veine cave. *Soc. de méd. scient. de Kœnigsberg*, 30 avril 1877. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 18, p. 258, 6 mai.) — Traitement des coliques hépatiques par les eaux minérales de Vittel, par BOULOUMIÉ. (*Annales de la Soc. d'hydrologie.*)

Forceps. — Discussion sur les indications comparées du forceps et de la version, par DILL. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 335, oct.) — Note sur un cas d'hémiplégie survenue chez un enfant à la suite d'une application de forceps, par Henry-M. CHURCH. (*The Lancet*, 28 juill. 1877, p. 122.) — Remarques sur les effets des applications de forceps sur les enfants, par J.-G. SWAYNE. (*Brit. med. Journal*, 28 sept.)

Fracture. — Etude d'ensemble sur les fractures spontanées considérées spécialement au point de vue de leurs causes, leur pronostic et leur traitement, par G. PATEY. (*Thèse de Paris*, n° 317.) — Etude sur les fractures sous-périostées, par J.-B. SAINT-LO. (*Thèse de Paris*, n° 339.) — Influence de quelques lésions du système nerveux sur la formation du cal, par L. BOGNAUD. (*Thèse de Paris*, n° 370.) — Quelques notes sur 43 cas de

fractures, par Oscar Coskery. (*New York med. Journal*, avril.) — Contribution à l'étude du traitement des fractures compliquées par la méthode de Lister, par L. Legroux. (*Thèse de Paris*, n° 373.) — Traitement des fractures compliquées de plaie par l'occlusion, par J.-R. Sauri. (*La Emulacion*, t. III, n° 7.) — Contribution à l'étude ou traitement des fractures (appareils plâtrés), par Duprat-Bernard. (*Thèse de Paris*, n° 395.) — Fracture du maxillaire inférieur chez un enfant de 9 ans, par Habran. (*Union médicale du Nord-Est*, avril.)—Fracture du maxillaire supérieur avec mobilité des deux maxillaires, par Bryant. (*The Lancet*, vol. II, p. 121.) — Fracture compliquée du maxillaire supérieur et des os propres du nez, par Bryant. (*The Lancet*, vol. II, p. 120.) — Fracture de la base de l'apophyse odontoïde, mort deux heures et demie après l'accident, par Fred. Eve (*St-Barth. hosp. Rep.*, t. XIII, p. 237-244, 1877.)— Fractures de côtes comminutives et multiples compliquées de plaie du diaphragme et de déchirure du foie, par Nankivell. (*The Lancet*, vol. I, p. 682.) — Fracture de côte compliquée de rupture du péricarde, autopsie, par Puzey. (*The Lancet*, vol. II, p. 331.) — Fracture de côtes probable, chez un enfant de 7 ans, emphysème du cou, d'une partie de la face et de l'aisselle correspondants; guérison en 10 jours par bandage légèrement compressif, par Palmer. (*The Lancet*, vol. II, p. 399.) — Fracture rare de la clavicule et des trois premières côtes, par Draper. (*Boston med. and surg. Journ.*, 30 mai.)—Fracture de la clavicule par action musculaire, par Colter. (*Med. Times and Gaz.*, vol. I, p. 617.) — Traitement de la fracture de l'extrémité inférieure du radius sans attelle, par Pilcher. (*New York med. Journ.*, août.) — Fracture de l'apophyse coronoïde, luxation en arrière du cubitus; le radius est à sa place; la luxation se réduit facilement mais se reproduit de suite; guérison, par Battams. (*The Lancet*, vol. II, p. 607.) — Fracture de l'humérus à l'insertion du deltoïde par contraction musculaire, chez un sujet de 16 ans; consolidation normale, par W. Frost. (*Idem*, vol. I, p. 737.) — Fracture du bassin avec déchirure de l'urèthre. (*Med. Times and Gaz.*, vol. I, p. 564.) — Un cas de fracture extra-capsulaire du fémur avec engrènement, chez une femme de 67 ans, par Coskery. (*New York med. Journal*, juin.) — Fracture en T de l'extrémité inférieure du fémur, par Rivington. (*Med. Times and Gazette*, vol. I, p. 588.) — Fracture du fémur présentant quelques particularités intéressantes au point de vue de l'obliquité des fragments et de leur déplacement, par E.-W. Collins. (*The Dublin J. of med. sc.*, p. 268, sept.) — Chute sur les talons, perte de la motilité du membre inférieur gauche simulant une fracture du col du fémur, par S. Smith. (*The Lancet*, vol. II, p. 118.) — Fracture de cuisse au tiers supérieur; longue attelle externe; pas de consolidation au bout de 3 mois; guérison en 6 semaines par extension continue et appareil moulé, par More. (*The Lancet*, vol. II, p. 463.) — Fracture non consolidée au bout de 2 mois; extension; guérison, par Pautson. (*The Lancet*, vol. II, p. 497.) — Enfoncement de la cavité cotyloïde par la tête fémorale venant faire saillie dans le bassin, chez un homme de 21 ans, par G. Lawson. (*The Lancet*, vol. I, p. 382.) — Fracture itérative de la rotule; col fibreux; guérison définitive, par Desprès. (*Progrès médical*, 21 sept.) — Autre observation analogue, par Pineau. (*Idem*, 19 oct.) — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique des fractures de la rotule, par J.-B. Fiot. (*Thèse de Paris*, n° 430.) — Traitement de la fracture transversale de la rotule par la suture des tendons sus et sous-rotuliens, par Dumolard. (*Lyon médical*, 17 nov., p. 393.) — Fracture ancienne de la rotule non consolidée; écartement considérable; résection des surfaces; dissection du fragment supérieur; section sous-cutanée du triceps; suture métallique des fragments; pansement de Lister; guérison sans accident, par Smith. (*The Lancet*, vol. II, p. 111.) — Fracture transversale de la rotule, datant de

2 mois et ne présentant qu'un cal fibreux; avivement des bords de la fracture et réunion des fragments par trois fils d'argent et un de catgut; consolidation osseuse parfaite; présentation de l'opéré, par TRENDELENBURG. Au VIIe congrès de la Société allemande de chirurgie, 12 avril 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 19, p. 276, 13 mai.) — Fracture comminutive avec plaie de la région tibio-tarsienne, irrigation avec la solution alcoolique de coaltar; guérison rapide, par WALKER. (*The Lancet*, vol. II, p. 84.) — De la non-consolidation du cal dans les fractures du tiers supérieur de la jambe, par DUPLAY. (*Gaz. des hôp.*, p. 290.) — Fracture de la jambe, traitée par une nouvelle méthode d'extension, par W.-D. ROBERTSON. (*Boston med. and surg. Journ.* 23 mai.) — Les fractures de jambe, compliquées de plaies; les pied-bots; leçons de clinique chirurgicale, par F. GROSS. (In-8°. Paris.) — Fracture des malléoles, avec plaie et ouverture de l'articulation, pansement antiseptique; guérison, par BELLAMY. (*The Lancet*, vol. II, p. 159.)

G

Gangrène. — De l'asphyxie locale avec gangrène symétrique des extrémités, par ENGLISCH. (*Wien. med. Presse*, n° 35.) — Gangrène spontanée de la gencive; extension rapide de l'eschare; état général grave; intoxication putride, par BARTH. (*France médicale*, 24 août.) — Des amputations dans la gangrène foudroyante à propos d'un cas de désarticulation de l'épaule suivie de guérison (communication au Congrès pour l'avancement des sciences), par LE DENTU. (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, octobre.) — Plaques gangréneuses de la jambe, leçon de VERNEUIL. (*Gaz. des hôp.*, p. 418.)

Gastrostomie. — Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage; gastrostomie suivie de guérison, par TRENDELENBURG. (Traduction de Douglas AIGRE. *France médicale*, 11 sept.) — Gastrostomie pour rétrécissement cicatriciel de l'œsophage; succès opératoire, mais les fonctions digestives ne purent se rétablir, et le malade mourut d'inanition, malgré tous les moyens employés, au vingt-huitième jour, par BRADLDY. (*The Lancet*, vol. II, p. 621.) — Gastrostomie pour retrécissement de l'œsophage; quelques remarques et une observation traduite de l'allemand, par W. THOMSON. (*The Lancet*, vol. II, p. 284.)

Gastrotomie. — Grossesse; mort et putréfaction du fœtus au septième mois; trajets fistuleux à travers le col utérin et la paroi abdominale; gastrotomie 27 mois après la conception; guérison, par CREUS. (*El Siglo médico*, Madrid, n° 1288.)

Gaz. — Sur l'endosmose des gaz à travers les poumons détachés et chez l'animal vivant, par N. GRÉHANT. (*Soc. de biol.*, 16 mars.) — Des densités de vapeurs au point de vue chimique, par P. CAZENEUVE. (*Thèse d'agrégation de Paris.*) — De l'absorption de certains gaz dans l'économie et de leur élimination, par CASSE. (*Bulletin de l'Acad. de Belgique*, juillet.)

Gencive. — Epulis myéloplastique de l'arcade dentaire inférieure chez une femme, par GALLOZZI. (*Il Morgagni*, Naples, fasc. IV, avril.)

Génitaux (organes). — Manuel des affections des organes sexuels de la femme, par Carl SCHRŒDER. (C'est le t. X de l'*Encyclopédie Ziemssen*, Leipzig.) — Des organes génitaux de la femelle du chimpanzé, par

G.-V. Hoffmann. (*Zeits. für Geburts. und Gynäk.*, Band, II, Heft, 1. — Epithélioma du pénis; amputation avec l'appareil galvano-caustique; guérison, par Gallozzi. (*Il Morgagni*, Naples, fasc. I.)

Genou. — Contribution à l'étude des traumatismes du genou, par L.-J. Ficasier. (*Thèse de Paris*, n° 268.) — Arthrotomie du genou exécutée dans la pratique rurale, d'après la méthode de Lister, par J. Sidler (d'Egerkingen). (*Corr. Bl. f. Schweiz. Aerzte*, n° 6, p. 178, 15 mars.) — Leçon clinique sur le genu valgum et son traitement (ostéotomie sous-cutanée), par A. Reeves. (*Brit. med. Journal*, 21 sept.) — Du traitement du genu valgum, par Bradley. (*Idem*, 7 sept.) — Opération d'Ogston pour le genu valgum; extraction du corps articulaire du genou; drainage de l'hygroma rotulien, fait d'après la méthode de Lister, à Munich, compte rendu d'Isenschmid. (*Corr. Bl. f. Schweiz. Aerzte*, n° 6, p. 186, 15 mars.) — Du genu valgum, par O. Chiari. (*Wien. med. Wochenschr.*, n° 35 et suivants.) — Genou valgus, une obs. de redressement forcé, par Gay. (*The Lancet*, vol. II, p. 621.)

Géographie médicale. — De la distribution géographique et géologique de la taille dans les cantons du département de l'Yonne, par C. Duché. (*Thèse de Paris*, n° 331.)

Glandes. — Note sur l'épithélium des glandes sudoripares, par J. Renaut. (*Soc. de biol.*, 1er juin.)

Glaucome. — Traitement du glaucome, par Spencer Watson. (*Brit. med. Journal*, 7 sept.) — Observation d'une curieuse variété d'illusions oculaires consécutives au glaucome, suivie de commentaires physiologiques et psychologiques, par Noël Gueneau de Mussy. (*Recueil d'ophthalmologie*, p. 1, Paris.)

Goître. — Contribution à l'histoire de la strumite (inflammation thyroïdienne), par Dumolard. (*Lyon médical*, 3 nov.) — Du traitement chirurgical des goîtres cancéreux, par E. Rose. Séance ordinaire d'automne de la Société médico-chirurgicale du canton de Zurich, 5 nov. 1877. (*Corresp. Bl. f. Schweiz. Aerzte*, n° 3, p. 77, 1er février.) — Traitement du goître par les injections sous-cutanées d'ergotine, par J.-G. Sinclair Coghill. (*The Lancet*, 4 août 1877, p. 158.)

Goître exophthalmique. — Relation du goître exophthalmique avec la manie, par Leonard Cane. (*The Lancet*, 1er déc. 1877, p. 798.) — Goître exophthalmique datant de 12 ans, caractérisé par des pulsations violentes du corps thyroïde hypertrophié, et des palpitations cardiaques sans saillie des globes oculaires; amélioration rapide par l'emploi de la teinture de digitale, par Henrot. (*Notes de clinique méd.*, p. 34, Reims, 1877.) — Du souffle des artères cardiaques dans le goître exophthalmique, par Boreau et Durozier. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 44.) — Goître exophthalmique; lésions des ganglions cervicaux, par R. Shingleton Smith. (*Med. Times and Gaz.*, p. 647.)

Goutte. — Des accidents prémonitoires de la goutte et du traitement préventif de cette maladie, par C. Gasztowtl. (*Thèse de Paris*, n° 292.)

Greffes. — Ulcère rebelle, suite d'une fracture comminutive; guérison en 8 jours par greffes épidermiques, par Alridge George. (*The Lancet*, vol. I, p. 346.)

Grossesse. — De l'accommodation du fœtus pendant la grossesse, par Pinard. (*Ann. de gynécologie*, juillet.) — De la grossesse compliquée de cancer des voies génitales, par Herman. (*Brit. med. Journal*, 19 oct.)

Grossesse extra-utérine.— Grossesse extra-utérine (ovarique?), gastrotomie, par BENICKE (*Berlin. klin. Wochenschr.*, n° 13, p. 183.) — Grossesse extra-utérine; adhérence du fœtus au placenta, main-bote, syndactylie, utérus normal, par MOSSÉ. (*Soc. anatomiq.*, fév.) — Grossese extra-utérine tentée avec succès par la laparotomie, par GAILLARD THOMAS. (*American Journal of Obstetrics*, juillet, p. 583.)

Gynécologie. — Histoire clinique des affections médicales et chirurgicales de la femme, par R. BARNES. (2e édit., in-8, Londres.) — De l'influence de la position de la femme pour la pratique gynécologique et obstétricale, par J.-H. AVELING. (In-8°, Londres.)

H

Helminthes. — Des vers chez les enfants et des maladies vermineuses, par E. GOUBERT (In-12, Paris). — De la filaire de Bancroft, par T. SPENCER COBBOLD. (*Th. Lancet*, 6 octobre 1877, p. 495.)

Hématocèle. — Hématocèle du scrotum; castration; pansement antiseptique; absence de suppuration; guérison, par POINSOT (*Soc. de chir.*, p. 326). — Observation d'hématocèle péri-utérine à répétition, par L. VACHER (*Lyon médical*, 22 septembre). — Contribution à l'étude des épanchements sanguins traumatiques anciens, par TRÉLAT (*Gaz. des hôp.*, p. 425).

Hémiplégie. — Observations d'hémiplégie avec aphasie, par LAUDER LINDSAY (*Edinb. med. Journ.*, p. 212, sept.).— Observation d'hémiplégie spinale, par Henry JANES. (*American Journal of med. sc.*, octobre 1877.) — Etude physiologique sur l'hémiplégie, par LAUTENBACH. (*Philadelphia med. Times*, 3 août.)

Hémorrhagies. — Coup de feu dans l'aisselle, hémorrhagie considérable, suppression du pouls dans l'artère radiale, guérison, par Marc SÉE (*Soc. de chir.*, p. 347). — Etude comparative de la ligature, de la torsion, de la forcipressure comme moyen d'hémostase en chirurgie, par H. DELAGE (*Thès. de Paris*). — Plaie et hémorrhagie de la paume de la main, tamponnement, ligature de la cubitale, puis de l'humérale; tétanos, guérison (opium et chloral), par MIGNOT (*Soc. des sciences méd. de Gannat*, p. 59).— Hémorrhagie de l'arcadepalmaire à la suite d'un abcès. Hémorrhagies successives : inutilité de la compression sur la radiale et la cubitale; ligature de ces artères; hémorrhagie secondaire au niveau des fils; nouvelle ligature un peu plus haut, flexion du coude, élévation de la main, ergotine, guérison, par FOLKER (*Med. Times and Gazette*, vol. II, p. 435). — Hémorrhagies secondaires, étiologie; avantages du catgut, par C. CAMERON (*The Lancet*, vol. I, p. 343). — Leçons sur les hémorrhagies des voies urinaires, par RELIQUET (*Gaz. des hôp.*, p. 378). — De la manière dont les hémoptoïques supportent la cure de Weissenburg et du traitement des hémoptysies, par H. SCHNYDER (*Corr.-Blatt f. Schweiz. Aerzte*, n° 5, p. 129, n° 6, p. 165 et n° 7, p. 193, 1er et 15 mars, et 1er avril). — Contribution à l'étude des hémorrhagies intestinales dans la tuberculose, par J.-M. DUMAS (*Thèse de Paris*, n° 273). — Hémorrhagies utérines post-partum. Traitement par les injections intra-utérines d'ergotine, par ASHE. (*The Lancet*, vol. I, p. 509). — Des symptômes et du traitement des hémorrhagies post-

partum, par R.-A.-F. Penrose (*Boston med. and surg. Journ.*, 7 mars). — Hémorrhagie post-partum, traitement prophylactique par une pression douce exercée sur le fond de l'utérus au fur et à mesure que l'enfant se dégage, par la lenteur dans les manœuvres, par la non-anesthésie, par M. Cooc Weir (*The Lancet*, vol. II, p. 214). — De l'influence des adhérences péritonéales sur les hémorrhagies post-puerpérales, par A. Gorrequer Griffith (*Brit. med. Journal*, 28 septembre). — Hémorrhagie post-partum, traitement par les injections d'eau chaude (*The Lancet*, vol. I, p. 920). — Hémorrhagie 6 jours après la délivrance, l'utérus étant revenu sur lui-même, par T. Ramsden (*The Lancet*, vol. I, p. 854). — Note sur trois cas d'hémorrhagies dues à la séparation prématurée d'une portion de placenta, par C. Underhill (*Edinb. med. Journ.*, p. 200, septembre). — De l'auto-transfusion dans le traitement des métrorrhagies, par Haussmann (*Zeits. für Geburts. und Gynäk.*, I Band, 2 Heft). — Melæna et hématémèse des nouveau-nés et leurs rapports avec les gerçures du sein, par Mercier (*Thèse de Paris*, n° 355).

Hémorrhoïdes. — 3 cas de tumeurs hémorrhoïdales traitées par l'écrasement linéaire rapide, par Gallozzi (*Il Morgagni*, Naples, fasc. 11, février). — Hémorroïdes internes, mort dans le coma, sans infection purulente, 4 jours après la ligature, par E. Colson (*The Lancet*, vol. I, p. 887). — Hémorrhoïdes et prolapsus du rectum. Traitement par le clamp et le fer rouge. Statistique portant sur 530 cas, par H. Smith (*The Lancet*, vol. I, p. 561).

Hermaphrodisme. — Cas d'hermaphrodite masculin, avec une planche, par L. Rodriguez (*Escuela médica*, Caracas, 1er septembre).

Hernies. — Bandage herniaire à chaîne, par E. Edel (*Archiv. f. klin. Chirurgie*, vol. XXII, fasc., p. 629). — Bandage pour hernie ombilicale, par Milhet et Morel (*Lyon médical*, 22 septembre, p. 118). — Epiplocèle irréductible persistant après la réduction de l'intestin. Opération de cure radicale, suture du sac, de l'épiploon et des parties ambiantes ; guérison complète, par Wood (*The Lancet*, vol. II, p. 184). — Hernies, dans leur rapport avec l'existence d'un phimosis congénital, par A. Kempe (*The Lancet*, vol. II, p. 119). — Des hernies épiploïques, par Trélat (*Gaz. des hôp.*, p. 769). — Hernie irréductible scrotale traitée avantageusement par le repos au lit et la diète. Réduction d'abord partielle puis totale au 45e jour, par Maunder (*The Lancet*, vol. I, p. 383). — Historique du traitement (*The Lancet*, vol. I, p. 395). — Hernie et hydrocèle congénitales concomitantes, étranglement, par Bryant (*Med. Times and Gazette*, vol. I, p. 617). — Note sur un cas d'étranglement herniaire ayant entraîné rapidement la mort par apoplexie pulmonaire, par E. Desnos (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, octobre). — Etranglement interne par une bride épiploïque, gastrotomie au 10e jour, autopsie, par Lediard (*The Lancet*, vol. II, p. 153). — Hernie réduite avec le sac, étranglement interne, par Henrot (*L'union médicale du Nord-Est*, juin-juillet). — Hernie étranglée, ponction aspiratrice; réduction, par Stapples (*Med. Times and Gazette*, vol. I, p. 389). — Dans un cas de hernie crurale étranglée il fallut pour réduire inciser le ligament de Gimbernat et le ligament falciforme, par W. Evans (*The Lancet*, vol. I, p. 529). — Forme en sablier ; gangrène de l'intestin au bout de 10 heures ; ni nausées, ni vomissements. Hernie probablement congénitale, par Alex. Patterson (vol. I, p. 492). — Hernie crurale droite étranglée avec accidents nerveux ; kélotomie. Mort par congestion pulmonaire, par P. Berger (*France médicale*, 26 octobre). — Hernie crurale étranglée : 2 cas opérés avec succès, sans ouverture du sac, l'un à la 50e heure, l'autre à la 22e, par Bryant (*The Lancet*, vol. II, p. 292). — Hernie crurale

étranglée chez un homme. Entéro-épiplocèle, sans lésion de l'intestin au 10e jour. Guérison rapide, par CAMPBELL (*The Lancet*, vol. II, p. 291). — Hernie crurale étranglée, à forme insolite, opérée avec succès, par CORCELLET (*Gaz. des hôp.*, p. 275). — Hernie crurale étranglée, opération, guérison, par J. GOOD (*The Lancet*, vol. I, p. 787). — Hernie étranglée ; opération, récidive au 2e jour, nouvelle réduction et suture du collet du sac, cure radicale. — Autre hernie étranglée réduite par le taxis, 48 heures après hydropisie douloureuse du sac, par J. WALKER (*The Lancet*, vol. I, p. 755). — 2 cas de hernies étranglées à complications rares, par FAIRBAUK (*The Lancet*, II, p. 436). — Hernie étranglée, opération, rémission ; réapparition des accidents, mort, par SPANTON (*The Lancet*, I, p. 717). — 5 cas de hernies étranglées, par A. JACKSON (*Boston med. and surg. Jour.*, 4 avril). — Un cas de hernie étranglée, gangrène, guérison sans opération, par A. C. MOLINO (*El Siglo médico*, Madrid, n° 1285). — Hernie étranglée, 3 cas de guérison sans opération ; 2 hernies crurales, 1 hernie ombilicale (opération sans ouverture du sac), par G. ELDER (*The Lancet*, vol. II, p. 657). — Hernie scrotale ancienne ; étranglement, réduction en masse par le malade, opération laborieuse, guérison, par M. CARTHY (*The Lancet*, vol. I, p. 897). — Hernie inguinale de très-petites dimensions. Etranglement à l'orifice péritonéal du canal ; on croit à une obstruction interne, mort, par WILKINSON et BRADLEY (*The Lancet*, vol. I, p. 493). — Hernie inguinale étranglée de volume exceptionnel, opération, mort, par BRADLEY (*Med. Times and Gaz.*, I, p. 617). — Hernie inguinale étranglée ; taxis violent ; gangrène de l'intestin, par HERBERT (*Med. Times and Gaz.*, II, p. 48). — Hernie ombilicale étranglée, opération avec ouverture du sac ; pansement de Lister, guérison, par SHEAF (*The Lancet*, vol. II, p. 618). — Hernie ombilicale étranglée, 3 cas de guérison par opération avec ouverture du sac (pas de détails), par PARKER (*The Lancet*, vol. II, p. 719).

Herpès. — De l'herpès tonsurant et de son traitement, par Tilbury FOX (*The Lancet*, 27 octobre, 3, 10 et 17 novembre 1877, p. 602, 641, 681 et 719). — De l'herpès, par FOURNIER (*Gaz. des hôp.*, n° 112). — Eruption herpétique dans le cours d'un traitement arsénical, par J. FINLAYSON (*The Practitioner*, juillet).

Histologie. — Cours d'histologie normale, par Joh. ORTH (Berlin). — De l'emploi de l'orseille pour la coloration des tissus, par C. WEDL (*Archiv für path. Anat. und Phys.*, t. LXXIV, p. 143). — Des avantages de la méthode de Laskowski pour la conservation des pièces et préparations anatomiques par l'emploi de la glycérine phéniquée, par HITZIG (*Société des médecins de Zurich*, 19 janvier 1878). (*Corr. B. f. Schweiz Aerzte*, n° 9, p. 273, 1 mai). — Instrument pour obtenir les coupes histologiques (*The Lancet*, vol. I, p. 605).

Hôpitaux. — L'hôpital des Cliniques de la Faculté de Paris, par A. CORLIEU (*France médicale*, n° 65). — Statistique (très-courte) des hôpitaux de New-York (*The Lancet*, vol. I, p. 426).

Hydatides. — Kyste hydatique du sein, par W. GARDNER (*The Lancet*, I, p. 851). — Kyste hydatique du foie, par R. AGUA (*El Siglo médico*, Madrid, n° 1261). — Contribution à l'étude des kystes hydatiques simples du foie, par J. BOUILLET (*Thèse de Paris*, 1878). — Kyste hydatique du lobe gauche du foie. Application de pâte de Vienne ; puis ponction avec un gros trocart à ovariotomie laissé en place plusieurs heures. Lavave de la poche kystique avec de l'eau alcoolisée (eau de Cologne étendue d'eau). Guérison, par HENROT (*Notes de clinique médicale*, p. 39, Reims, 1877). — Mort subite après la ponction, au moyen de l'aspirateur, d'un kyste hydatique du foie,

chez un homme de 40 ans, pas de lésion explicative de cet incident, à l'examen microscopique, par Bryant (*Clinical Society of London.* — *Brit. med. Journ.*, 29 juin 1878, p. 947).

Hydrocèle. — Etude sur la vaginalite aiguë, par J. A. Clugnet (*Thèse de Paris*, n° 270).

Hygiène. — Les progrès de l'hygiène ; influences lumineuses, thermiques, l'aliment, la population, par A. Nicolas (In-8°, 128 pages avec planches, Paris). — L'hygiène publique en dehors de l'Allemagne, par Carl Gœtel (de Colmar) (Leipzig.) — Rapport et projet de loi sur l'hygiène publique et la police des substances alimentaires, par Constantin Bodenheimer, directeur du département de l'intérieur du canton de Berne (Berne, broch. in-4°). —L'assistance publique au Japon, par Junker von Langegg (*Vierteljahrss. f. gericht. Med. œff. Sanit.*, nouv. série, t. XXVIII, p. 377, avril).—Examen de l'eau, de l'air, des aliments ; manuel pour l'hygiéniste, par C. B. Fox (In-8°, Londres). — Exposé de l'état de l'hygiène publique en dehors de l'Allemagne, par J. Uffelmann (Berlin). — De la santé publique ; mémoire lu au congrès de l'Association des sciences sociales, tenu à Aberdeen, en octobre 1877, par E. Chadwick. — Atlas topographique de Berlin au point de vue de l'hygiène, avec chromolithographie, par J. Albu (*Institut géographique*, Berlin). — Recueil des travaux du comité consultatif d'hygiène publique de France et des actes officiels de l'administration sanitaire (Tome VII, Paris). — Rapport sur les épidémies qui ont régné dans le département du Nord pendant 1877, par Pilat (In-8°, 15 pages, Lille). — Sur la police des substances alimentaires, par Adolph. Vogt (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, n° 9, p. 257, 1er mai).—Idem, par Sonderegger (*Idem*, n° 10, p. 301, 15 mai). — Hygiène scolaire, conférences par F. Villard (In-8°, 61 pages, Guéret). — Du chauffage dans les écoles de Munich, par Voit et Förster (*Zeitschr. f. Biol.*, Bd XIII, Heft I, p. 1). — Recherches sur les résultats du chauffage et de la ventilation dans les écoles publiques de Berlin ; nombreux tableaux de la température et de l'humidité dans les classes durant deux étés, par Alexander Müller. *Société allemande d'hygiène publique*, 29 octobre 1877 (*Viertelj. f. gericht. Med. u. œff. Sanit.*, nouv. série, XXVIII, p. 340, et XXIX, p. 165, avril et juillet). — Nouveaux bancs d'école : 1° le banc à siége mobile de H. Hippauf (d'Ostrowo) ; 2° le banc à siége oscillant de Guischard (de Prün) (*Viertelj. f. gericht. Med. u. œff. Sanit.*, nouv. série, XXVIII, p. 390, avril). —La nouvelle ordonnance sur la police des constructions à Berlin, envisagée au point de vue de l'hygiène. *Société allemande d'hygiène publique*, 28 mai 1877 : Blankenstein, Wiss, Orth Meitzen, Gotthainer, Hirsch. (*Idem*, nouv. série, XXVIII, p. 171 et 331, janvier et avril.)— Nouvel appareil pour cabinets d'aisance, par H. Folsom (*Boston med. and surg. Journ.*, 14 mars).

Hystérie. — Etude clinique sur les troubles de la vue chez les hystériques et les hystéro-épileptiques, par L.-C. Baron (In-8° avec 3 planches, Paris). — Observations d'hystérie chez un garçon; anesthésie; applications métalliques, par H. Thompson (*Med. Times and Gazette*, 3 nov. 1877). — De l'action de la glace, de l'eau glacée, des douches froides, des métaux, du magnétisme et de l'électricité statique sur l'achromatopsie et l'hémianesthésie hystériques, par Thermes (*France médicale*, 28 août). — Contracture hystérique du poignet gauche, par R. Vigouroux (*Progrès médical*, 31 avril, 7, 28 sept.). — Troubles visuels hystériques, par Galezowski (*Recueil d'ophthalmologie*, p. 85). — Etat mental hystérique, par E. Chabrun (*Thèse de Paris*, n° 391).—Plusieurs cas d'hémianalgésie hystériques, traités par la métallothérapie, par Wilks et Horrocks. *Guy's Hospitals* (*Brit. med. Journ.*, 20 juillet 1878, page 102). — Anesthésie hystérique, par Sidney Coupland

(*The Lancet*, 3 novembre 1877, p. 644). — Iconographie photographique de la Salpêtrière (service de M. Charcot), tome I. Hystéro-épilepsie; attaques, par Bourneville et Regnard (In-4° avec 40 photogr., Paris).

Hystérotomie. — Observation d'oblitération complète du col utérin chez une femme parvenue au terme d'une seconde grossesse; hystérotomie; extraction par le forceps d'un enfant vivant; guérison, par Piron (*Annales de la Société médico-chir. de Liége*, mai). — Gastro-hystérotomie pour l'extirpation d'une volumineuse tumeur fibro-kystique suivie de mort, par Neggerath (*American Journal of Obstetrics*, juillet, p. 580).

I

Ichthyose. — De l'ichthyose, par A. Alvarez (de Limera). (*Thèse de Paris*, n° 315.)

Idiotie. — Structure du cerveau chez certains idiots; arrêt de développement de la cellule cérébrale; comparaison avec le cerveau du fœtus et de l'enfant en bas âge, par A. Voisin. (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, 2e série, t. VII, n° 35.) — Sur un cas d'idiotie, Sander; et discussion, Remak. *Société médico-psychologique de Berlin*, 4 juin 1877. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 11, p. 153, 18 mars.) — Cas typique d'une forme d'idiotie d'origine sensorielle, par B. Seguin. (*Brit. med. Journ.*, p. 440, 29 sept. 1877.)

Infection. — De l'origine de l'infection, par J. Murray. (*Epidemial. Soc.; Med. Times and Gaz.*, p. 626, 8 juin.)

Injections. — Des injections intra-utérines et de leurs indications dans les suites de part, par Gsell. (In-8°, 38 pages, Paris.) — Injection intra-utérine d'eau chaude dans l'hémorrhagie post-partum, par L. Herbert Jones. (*Brit. med. Journal*, 9 novembre.) — Des injections de lait dans les veines et le tissu cellulaire, par N. Wulfsberg. (*Nachricht. d. k. ges. d. Wissensch. zu Göttingen*, p. 136.) — Des injections pratiquées dans la cavité naso-pharyngienne et dans la trompe d'Eustache, par Acker (de Washington). (*Thèse inaugurale*, Berlin, 1877.)

Insectes. — Piqûre d'araignée, par R. Boza. (*La Emulacion*, Mérida, t. III, n° 6.)

Intestin. — Tumeurs stercorales, par Ricardo L. Florez. (In-8°, 52 pages. Chartres.) — Ulcération de l'intestin associée à la maladie de Bright, par Dickinson. (*Path. Soc.; Med. Times and Gaz.*, p. 572, 25 mai.) — Rupture double de l'intestin grêle à la suite d'un choc, chez un garçon fermier qui s'était plaint de coliques dans le courant des six mois qui avaient précédé l'accident. Mort par péritonite, par Chenery. (*Boston med. and surg. Journ.*, 23 mai.) — De l'incontinence du pylore, par Ebstein. (*Wiener med. Presse*, n° 41.) — Carcinome du pylore, avec envahissement secondaire de l'épiploon, par Walter Smith. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 263, septembre.) — Signes, diagnostic et terminaison du cancer du pylore, par Ed. Roger. (*Thèse de Paris.*) — Cancer du côlon ascendant, par R.-G. Curtis. (*Philadelphia med. Times*, 14 septembre.) — Invagination du cœcum, élimination, péritonite chronique. Mort, par Notta. (*Année méd. de Caen*, n° 8.) — Des indications de l'entéroclisme dans les maladies de l'intestin, par Arn. Cantani. (*Il Morgagni*, avril.).

Iode. — Un cas de purpura iodique, par LABAT. (*France médicale*, 7 septembre.)

Iris. — Taie de la cornée, iridectomie optique, par G. TRAPENARD. (*Soc. des sciences méd. de Gannat*, p. 28.) — De la valeur thérapeutique et opératoire de l'iridectomie, par J.-J. PEYROT. (*Thèse d'agrégation de Paris.*) — Des indications de l'iridectomie (suite), par DEL TORO. (*La Cronica oftalmologica*, n° 6, p. 121, Cadix.) — Iridérémie acquise, par STORG. (*Brit. med. Journ.*, 7 septembre.) — Anomalies de l'œil. Doloboma irido-choroïdien, par R. FARGANÈS. (*La Cronica oftalmologica*, n° 5 p. 97, Cadiz.) — Iritis simple et compliquée, son traitement par les émissions sanguines locales et générales, par Wharton JONES. (*The Lancet*, vol. II, p. 613.)

J

Jaborandi. — Sur le pilocarpinum muriaticum, par LÖSCH. (*D. Arch. f. kl. Med.*, p. 259.) — Ralentissement du pouls et arhythmie après de petitites doses de pilocarpinum muriaticum, par PETRINA. (*Idem*, p. 416.) — De la pilocarpine et de son action sur l'œil, par GALEZOWSKI. (*Recueil d'ophthalmologie*, p. 90.) — Du chlorhydrate de pilocarpine ; son action et ses indications dans la thérapeutique des affections oculaires, par V. BÉRANGER. (*Thèse de Paris*, n° 228.) — Du jaborandi ; son emploi thérapeutique en particulier dans le mal de Bright, par P. BLOCH. (*Thèse de Paris*, n° 308.) — De l'action physiologique du nitrate de pilocarpine et de ses effets thérapeutiques dans les affections oculaires, par GILLET DE GRANDMONT. (*France médicale*, 14 août)

K

Kystes. — Kyste du cou à contenu huileux ; guérison par une injection d'alcool peu après l'évacuation partielle du contenu au moyen d'une aiguille capillaire, par A. MALHERBE. (*Journal de méd. de l'Ouest*, p. 9.) — Kyste dermoïde du plancher de la bouche, par GUETERBOCK. (*Archiv f. klin. Chirurgie*, vol. XXII, fasc. 4, p. 985.) — Anatomie pathologique des kystes séreux des joues, par H. RANKE. (*Idem*, vol. XXII, fasc. 3, p. 707.) — Inclusion scrotale (kyste dermoïde du testicule), par W. MACEWEN. (*The Glasgow medical Journal*, octobre.) — Kyste péri-articulaire du genou, par GOSSELIN. (*Gaz. des hôp.*, 5 septembre.) — Kystes du creux poplité, à paroi renfermant du tissu embryonnaire, par BELLAMY. (*The Lancet*, vol. I, p. 567.) — Kyste hématique du col de l'utérus, par CURTIN. (*American Journal of Obstetrics*, juillet, p. 612.)

L

Lacrymales (voies). — Contribution à l'étude pathogénique et au traitement des tumeurs et des fistules du sac lacrymal, par D. SABADINI. (*Thèse de Paris*, n° 310.)

Lait. — Observations sur les procédés employés pour opérer l'analyse du lait, par E. MARCHAND. (*Associat. franç. pour l'avanc. des sc.*, Congrès du Havre, 1877.)

Langue. — Epithélioma de la langue; extirpation avec l'appareil galvano-caustique, par GALLOZZI. (*Il Morgagni*, Naples, fasc. IV, avril.) — 2 cas d'épithéliome de la langue opérés par l'écraseur, par BRYANT. (*The Lancet*, vol. I, p. 827.) — Epithéliome de la langue, ablation complète avec l'écraseur, par WOOD. (*The Lancet*, vol. II, p. 7.) — Sur un nouveau mode d'application de l'écraseur à l'amputation de la langue, par C. COLPINGER. (*Brit. med. Journal*, 5 oct.) — Dégénération cystoïde des papilles fungiformes de la langue, par J. DOLLINGER. (*Archiv f. klin. Chirurgie*, vol. XXII, fasc. III, p. 701.) — Cancer de la langue, par WENDLING. (*Wien. med. Presse*, n° 40.) (Hypertrophie considérable, fille de 11 ans.) — Ligature de l'artère linguale à son origine pour faciliter l'extirpation d'un cancer de la langue, par SHRADY. (*New-York med. Journ.*, août.) — Amputation partielle galvano-caustique de la langue dans un cas d'épithélioma, par GALLOZZI. (*Il Morgagni*, Naples, juin.) — Fibromes de la langue et de la lèvre supérieure (avec planches), par TIZZONI et PARONA. (*Annali universali de medicina e chirurgia*, Milan, août.)

Larynx. — Contribution à l'étude du cancer laryngé, par H. MARELLE. (*Thèse de Paris*, n° 400.) — Observation de paralysie des abducteurs des cordes vocales, par T.-R. GLYNN. (*The Lancet*, 1er sept. 1877, p. 304.) — Du phréno-glottisme ou du spasme de la glotte dans la seconde enfance, par BOUCHUT. (*Gaz. des hôp.*, n° 88.) — Polype gélatineux du larynx, thyrotomie, guérison, par J. ADAMS. (*The Lancet*, vol. II, p. 712.) — Un cas d'ulcération syphilitique du larynx avec œdème aigu de la glotte, trachéotomie, guérison, par Carmina BARONE. (*Il Morgagni*, Naples, 1877, p. 595.) — Du rétrécissement de la glotte et de la paralysie des muscles crico-arythénoïdiens postérieurs. Discussion à la Société médicale de Berlin. (*Berl. med. Wochenschrift*, n° 10.) — Sur un cas d'extirpation intra-laryngée d'un polype de la commissure antérieure pendant l'arrêt de la respiration, par W. HACK. (*Berl. klin. Wochenschrift*, n° 10.) — Etude clinique sur quelques cas de tumeurs intra-laryngées, par G.-M. LEFFERTS. (*The New York med. Record*, 9 févr.) Cette étude comprend 9 cas intéressants. — De la trachéotomie dans les affections du larynx; quand et pourquoi doit-on la pratiquer, par H. RIPLEY. (*Path. Society medical Record*, 381.) — Cas de paralysie des abducteurs des cordes vocales; trachéotomie, guérison, récidive, mort, par A. SMITH. (*Amer. Journal*, janv.) — Epithélioma du larynx, ablation à l'aide de la thyrolaryngotomie, par CHAPMAN. (*Amer. Journal*, janv.) — De la nécrose des cartilages du larynx, par M. DURET : revue générale. (*Revue mensuelle de méd. et de chirurgie*, sept.) — Observation de paralysie des cordes vocales dans un cas de sclérose probable de la moelle et du bulbe, par BEVERLEY ROBINSON. (*American Journal of med. sc.*, oct.) — Syphilome du larynx, par SCHECH. (*Archiv f. klin. Medicin.*, XX, 2, 3, 1877.) — Du rétrécissement de la glotte sans spasme, produit par défaut de dilatation au moment de l'inspiration, par B. FRANKEL. *Société de médecine de Berlin*, 31 octobre 1877, et *Discussion consécutive :* GUTTMANN, WALDENBURG. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 10, p. 140 et 141, 11 mars.) — Quelques cas de paralysie laryngée, par URBANTSCHITCH. (*New York Med. Journal*, août.) — Un cas de paralysie des dilatateurs de la glotte, suivi de quelques réflexions sur la pathologie de cette paralysie dans le cas actuel, par Salomon-Charles SMITH. (*Brit. med. Journ.*, 13 juillet 1878, p. 54.) — Sur un fait d'extirpation endolaryngée d'un polype de la commissure antérieure des cordes vocales pendant la pause inspiratoire, par

Iode. — Un cas de purpura iodique, [illegible] (mars.) — Atlas de [illegible] par E. Burow. (Stuttgart, [illegible] tembre.)

Iris. — Taie de la co[illegible] entre les maladies de la [illegible] (*Med. Times and Gaz.*, *sciences méd. de* [illegible] laryngites en aiguë, subaiguë de l'iridectomie, [illegible] cas de tumeurs intra-laryngées, dications de l'ir[illegible] du larynx, par David Foulis, n° 6, p. 121, C[illegible] larynx, mort, par F. Rubio. 7 septembre.) [illegible] 30 juin.) Farganès. (*I* [illegible] *hospital.* (*New York med. Journal*, compliquée, [illegible] par Whart[illegible] par Naunyn. *Société de médecine* [illegible] 19 fév. 1877. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 18, [illegible] sur la lèpre à Quito, par E. Gayraud et Domec. [illegible] p. 97, août.)

Jaborr [illegible] sur la leucémie myélogène, par E. Neumann. (*Berlin. klin.* *Me* [illegible] n° 6, p. 69; n° 7, p. 87; n° 9, p. 115 et n° 10, p. 131, 11 et 18 fév., de [illegible] 2 cas de leucémie lymphatico-splénique, par Vincenzo [illegible] Morgagni, juin.) — Anatomie pathologique des affections p [illegible] dans la leucémie, par Deutschmann. (*Klin. Monatsbl. f. Au-* [illegible] XVI, p. 231.)

Leucorrhée. — De l'influence des flueurs blanches sur la santé générale de la femme et sur chacun de ses organes en particulier, par H. Lefèvre. (*Thèse de Paris*, n° 244.)

Lèvre. — Note sur un mouvement de la lèvre inférieure consécutif à une excitation de la lèvre supérieure, par H. Oltramare. (*Société de biol.*, 9 mars.)

Ligature. — Etudes d'anatomie chirurgicale sur la ligature de la fémorale profonde, par V. Montenovesi. (Brochure de 40 pages, Rome, 1877.) — Ligature de la poplitée au moyen de fils de catgut; oblitération définitive de l'artère avec complète disparition du fil à ligature, par Bennett. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 340, oct.)

Lipome. — Lipome congénital profond de la hanche gauche, par H. Dannien. (*Archiv f. klin. Chirurgie*, vol. XXII, fasc. IV, p. 982.)

Lithotritie. — De l'introduction des instruments lithotriteurs, par Guyon. (*Gaz. des hôp.*, p. 396.) — Pierre dans la vessie; lithotritie, guérison, par W. Stokes. (*Brit. med. Journal*, 2 nov.) — Lithotritie; méthode mixte dans le traitement des pierres de la vessie, par C. Tempesta. (*Commentario clinico di Pisa*, n° 3, mars.) — 50 cas de lithotritie rapide, par Treevan. (*Brit. med. Jour.*, 7 sept.) — 3 cas de lithotritie, par T.-B. Curtis. (*Boston med. and surg. Journ.*, 2 mai.) — Lithotriteur à dynamomètre, par A. Scarenzio. (*Annali universali di medicina e chirurgia*, Milan, septembre.)

Lupus. — Du lupus, par Hillairet. (*Progrès médical*, 5 oct.) — Essai sur le lupus scrofuleux phagédénique, par Alphonse Fournier. (*Thèse de Paris*, 1877.) — Essai sur le lupus scrofuleux des fosses nasales, par Moinel. (*Thèse de Paris*, 1877.)

Luxation. — Articulation temporo-maxillaire; mécanisme de sa luxation; cause de sa permanence, par Ch. Baudet (adopte la théorie de Richet : enclavement des condyles au devant des apophyses transverses.) (*Thèse de Paris.*) — Recherches sur la luxation du radius qui complique la fracture

du tiers supérieur du cubitus, par A. Grenier. (*Thèse de Paris*, n° 293.) — Une observation incomplète de luxation du pouce, plaie suivie de guérison, par Campbell. (*The Lancet*, vol. II, p. 499.) — 2 cas de luxations de l'épaule réduites par les manipulations, par Rivington. (*The Lancet*, vol. II, p. 395 et 396.) — Luxation coracoïdienne produite par un éternuement, par Westmorland. (*The Lancet*, vol. II, p. 202.) — De la luxation extra-coracoïdienne de l'épaule; luxation en haut des auteurs; luxation sus-coracoïdienne de Malgaigne, par C. Pellier. (*Thèse de Paris*, n° 241.)— Luxation de l'épaule, rupture des vaisseaux et du grand pectoral pendant les manœuvres de réduction (procédé du talon), par Smith. (*The Lancet*, vol. II, p. 3, et *France médicale*, n° 78.) — Luxation de l'épaule accompagnée de luxation du coude, guérison; luxation réduite spontanément après une heure demie de tartre stibié, par Moxhay. (*The Lancet*, vol. II, p. 646.)— Luxation spontanée en avant de l'extrémité interne; réduction, guérison, par Fardon. (*Med. Times and Gazette*, vol. I, p. 362.) — Luxation du pied, fractures consécutives avec esquilles des os de la jambe, plaie; guérison sans nécrose d'aucun fragment; théorie sur la coagulation intra-fragmentaire du sang et la vascularisation rapide de ces caillots, grâce au pansement antiseptique, par W. Macewen. (*The Lancet*, vol I, p. 895.) — Luxation de l'astragale sous-astragalienne compliquée de plaie; saillie au côté interne de la malléole et de l'astragale; réduction impossible; résection de l'astragale; guérison sans autre complication qu'un érisypèle; quelques mouvements de la nouvelle articulation, par Heath. (*The Lancet*, vol. II, p. 439.) — Luxation complète du tibia en avant, par Bradley. (*Brit. med. Journal*, 21 sept.) — De la cause des luxations coxo-fémorales spontanées (arrêt de développement du cartilage en Y), une planche, par P. Grawitz (*Archiv. für path. Anat. und Phys.*, t. LXXIV, p. 1.)— Luxation de la hanche, par J. Russell. (*Brit. med. Journal*, 2 nov.)— La luxation de la hanche, par J. Bigelow. (*The Lancet*, vol. I, p. 860 et 894.)— Observations et remarques sur les luxations de la hanche, par Walter Rivington. (*The Lancet*, vol. II, p. 321 et 323.)

Lymphatiques. — Occlusion congénitale et dilatation des vaisseaux lymphatiques, par S.-C. Busey. (In-8, New-York.) — Vaisseaux lymphatiques des paupières, par E. Frichs. (*Centralbl. f. die medicin. Wissensch.*, 13 juill.) — Des lymphangites de la verge d'origine vénérienne, par Edouard Billet. (*Thèse de Paris*, 1877.) — Lymphatiques de la verge, une obs. de chancre à droite suivi de bubon à gauche, par Pearce Gould. (*The Lancet*, vol. II, p. 84.) — Quelques considérations générales sur la lymphadémite péri-utérine dans ses rapports avec la métrite aiguë et chronique, par X. Gozard. (*Thèse de Paris*, n° 280.) — Etude sur une forme d'adénolymphite péri-utérine, par G. Mary. (*Thèse de Paris*, n° 91, 1877.) — 2 cas d'anémie, par C. Oromi. (*El Siglo médico*, Madrid, n° 1283.) — Lymphosarcome intra-thoracique, par William Polk. (*New York med. Journal*, juillet.) — Une obs. de lympho-sarcome fibreux du médiastin antérieur, par Fox. (*The Lancet*, vol. II, p. 577.)

M

Main. — Essai sur la rétraction de l'aponévrose palmaire, par L. Largillière. (*Thèse de Paris*, n° 241.) — Tumeur de la main; sarcome fasciculé; amputation du bras, par A. Patterson. (*Glasgow med. Journal*, novembre.)

Mal de Pott. — Observations de mal vertébral, traité avec succès par la méthode de Sayre, par Geo Pirie (de Dundee). (*Edinb. med. Journ.*, p. 214, septembre.) — Du traitement du mal de Pott, par Golding-Bird. (*Brit. med. Journ.*, 21 septembre.) — Du traitement du mal de Pott par le corset plâtré de Sayre. Discussion du VIIe congrès de la Société allemande de chirurgie, 11 avril 1878 : von Langenbeck, Hahn, Hüter, Schede, Esmarch. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 18, p. 258, 6 mai.)

Maladie. — Recherche des causes latentes de certaines cachexies, par Potain. (*Gaz. des hôp.* n° 92.)

Mal. professionnelles. — Des conditions hygiéniques des houillères, par P. Fabre. (*Soc. des sc. méd. de Gannat*, p. 5.) — Une explosion de feu grisou à Rive-de-Gier, par Guinand. (*Lyon médical*, 27 octobre.)

Malformations. — Imperforation de l'anus, par Smith. (*Brit. med. Journal*, 12 octobre.) — Un cas de transposition de viscères, par A. Smith. (*New York med. Journal*, juin.) — Vices de conformation du squelette de la face, par Fr. Mason. (*The Lancet*, vol. I, p. 742.) — Malformations congénitales des oreilles, par F. Mason. (*The Lancet*, vol. I, p. 780.) — Utérus unique avec col et vagin doubles, par Mundé. (*Amer. Journ. of Obst.*, p. 575, juillet.) — Absence congénitale de la paroi antérieure de l'abdomen (les téguments sont remplacés par une membrane mince et transparente), du sternum et du diaphragme, qui sont représentés par un peu de tissu fibreux, par B. Crowther. (*The Lancet*, vol. I, p. 737.)

Mamelle. — Tumeurs diverses du sein, par J. Marshall. (*The Lancet*, I, p. 233.) — Cas de tumeurs du sein, par A. Gherini. (*Annali universali di med. e chir.*, Milan.) — Cancer du sein chez un homme, par Ch. Heath. (*The Lancet*, I, p. 754.) — De l'hygiène des seins chez la femme accouchée, par S. Sloan. (*The Obst. Journ.*, n° 58.) — Étiologie et traitement des abcès parenchymateux du sein chez les nouvelles accouchées (attendre l'ouverture spontanée), par A. Lehallais. (*Thèse de Paris*, n° 281.) — Du traitement des érosions du mamelon chez les femmes qui allaitent, par Haussmann (de Berlin). Deux observations démontrant l'efficacité de l'application de compresses imbibées d'acide phénique à 5 0/0. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 14, p. 189, 8 avril.) — Abcès du sein arrêté par 0,60 de sulfate de quinine, teinture d'aconit (2 gouttes dans un peu d'eau toutes les 10 minutes pendant 4 heures), frictions belladonnées et succion artificielle, par Swain. (*The Lancet*, vol. II, p. 184.) — Cancer du sein pendant la grossesse, par J.-F. Horne. (*Brit. med. Journ.*, 2 novembre.) — Cancer du sein compliqué de sarcome, par Heitzmann. (*New York med. Journal*, juillet.) — Cancer colloïde du sein, datant de 14 ans, n'ayant pas infecté. Opération; guérison persistant un an après, par Sp. Watson. (*Med. Times and Gaz.*, vol. I, p. 192.) — Kyste crémeux de la mamelle gauche; quelques considérations cliniques sur le galactocèle mammaire, par Gillette. (*Union méd.*, 20 juin.) — Kyste du sein datant de 3 mois, du volume d'une orange, développé sans cause appréciable. Drainage avec pansement antiseptique. Guérison, par West. (*The Lancet*, vol. II, p. 404.) — Chancres multiples du mamelon, par L. Keyes. (*Amer. Supp. to the Obst. Journal*, avril.)

Massage. — De la valeur pratique du massage, par Hermann. (*Pester med. chir. Presse*, n° 50, 1877.) — Du massage, par Niehans jeune, Société médico-pharmaceutique de district du canton de Berne, 30 janvier 1877 et discussion consécutive : Dubois, Kocher, Niehans (Senior), von Ins (Scaarer), Hartmann. (*Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, n° 7, p. 201, 1er avril.)

Maxillaire. — Essai sur les kystes des mâchoires, par F. CHIRON. (*Thèse de Paris*, n° 233.) — Des kystes folliculaires des mâchoires, par E. PERIER. (*Thèse de Paris*, n° 345.) — Sarcome, kystique du maxillaire inférieur, résection partielle, depuis la canine gauche jusqu'au milieu de la branche droite, sans incision cutanée [le Manuel opératoire est incomplétement décrit], par MAUNDER. (*The Lancet*, vol. II, p. 83.) — Hydropisie du sinus maxillaire, par DARTIGNOLLES. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 5.) — Contracture spasmodique des mâchoires, leçon de HARDY. (*Gaz. des hôp.*, n°s 127 et 129.) — Constriction fibreuse des deux mâchoires. Nouvelle méthode opératoire, par J. CREUS. (*La Crónica médica*, Valencia, n° 17.) — Nécrose de la mâchoire inférieure, par F.-T. PORTER. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 271, septembre.)

Médecine (Histoire). — Considérations sur l'utilité et le rôle de la méthode en médecine, par A. DUVIVIER. (In-8°, 127 pages, Paris.) — Les médecins et le personnel médical accessoire, les pharmacies, hôpitaux et les sociétés savantes de médecins de l'empire allemand au 1er avril 1876. (*Publication de l'office impérial de statistique à Berlin*, Berlin.) — La transformation des doctrines médicales dans les 30 dernières années, par Edwin KLEBS. (Leipzig.) — Note pour servir à l'histoire des fluxions, par A. CLERMONT. (*Thèse de Paris*, n° 406.) — Applications des sciences à la médecine, par Ed. FOURNIÉ. (In-8°, Paris.)

Médecine légale. — Lettre sur un cas de médecine légale (blessures ayant entraîné la mort), par L. DE CRELLHIO. (*Il Morgagni*, Naples, août.) — Traité de médecine légale et de jurisprudence de la médecine, par A. DAMBRE. (2e édit., in-8°, Paris.) — Étude médico-légale sur les maladies produites accidentellement ou involontairement par imprudence, négligence ou transmission contagieuse, comprenant l'histoire médico-légale de la syphilis, de ses divers modes de transmission, par A. TARDIEU. (In-8°, 288 p., Paris.) — Bibliothèque médico-légale ; tome second : Thanatologie et traumatologie, par Ranieri BELLINI et Angiolo FILIPPI. Pise. (Analysé par G. VAISSON.) (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 2e série, XLIX, p. 549, mai.) — Quelques remarques sur le témoignage médical dans l'affaire Staunton, par W.-S. GREENFIELD. (*The Lancet*, p. 492, 6 octobre 1877.) — Valeur des ecchymoses dans les cas d'asphyxie, par GROMIER. (*Lyon médical*, 16 septembre.) — Des crimes commis en état d'ivresse. Discussion à la Société médico-psychologique de Berlin, 7 mai 1877 : VON CHAMISSO, WESTPHAL, MENDEL. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 9, p. 121, 4 mars.) — Rapport sur un lypémaniaque accusé du meurtre de son frère, par MORSELLI et ANGELUCCI. (*Lo Sperimentale*, septembre.) — Des causes d'erreur dans la recherche médico-légale de l'arsenic (méthode de Reinsch), par Théodore G. WORMLEY. (*The American Journal of med. sc.*, octobre 1877.) — Exemple de trouble mental chez un voleur de profession, difficile à élucider au point de vue médico-légal, par Max BŒHR. (*Vierteljahrss. f. gericht. Med. u. œff. Sanit.*, nouv. série, XXVIII, p. 201, avril.)

Médecine militaire. — Traité technique de la chirurgie de guerre, par F. ESMARCH. (In-8° avec planches, Hannover.) — Sociétés de secours durant la guerre franco-allemande de 1870-71. L'ambulance américaine, par Thos. W. EVANS, analysé par SARAZIN. (*Ann. d'hyg. publique et de méd. lég.*, 2e série, XLIX, p. 541, mai.) — Rapport sur l'hygiène de l'armée des Etats-Unis avec description des postes militaires détachés, par BILLINGS, Washington, imprimerie du gouvernement, 1875. Analysé par E. VALLIN. (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 2e série, XLIX, p. 562, mai.) — L'état-major médical de l'armée des Etats-Unis et ses travaux scientifiques, par J.-J. WOODWARD, Philadelphie, 1876. Analysé par E. VALLIN. (*Ann. d'hyg.*

publ. et de méd. lég., 2e série, XLIX, p. 560, mai.) — 15e lettre du théâtre de la guerre (Alexandropol), par O. Heyfelder. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 18, p. 261, 6 mai.) — Origine et causes des maladies du cœur et des anévrysmes dans l'armée, par E. Riordan. (In-8°, Dublin.) — Des maladies vénériennes parmi les marins anglais et étrangers, par F. W. Lowndes. (*Med. Times and Gaz.*, p. 561, 25 mai.) — Relation des souffrances éprouvées par un détachement de cavalerie privé d'eau pendant 86 heures dans les plaines du Texas, par J.-H. King. (*American Journal of med. sc.*, avril.) — De l'organisation du service de santé militaire dans les diverses armées européennes, par E. Knorr. (*Hanovre*, 1877.) — Les conditions du service en temps de paix des médecins militaires prussiens, par Riedel. (Berlin.) — Le matériel de secours de la Société française aux blessés des armées de terre et de mer à l'exposition de 1878; manuel pratique de transport et d'hospitalisation des blessés, par Riant. (In-8° avec 101 fig., Paris.)

Médecine opératoire. — Contributions à la chirurgie opératoire, par V. Czerny. (Stuttgart.)

Mélanose. — Cours sur la mélanodermie, par J.-C. White. (*Boston med. and surg. Journ.*, 16 mai.) — Mélanose du bout du nez, par Vernaison. (*Soc. des sc. méd. de Gannat*, p. 24.)

Membres. — Inégalité constante des membres inférieurs en faveur du gauche. (*The Lancet*, vol. I, p. 506 et 553, 1878.)

Menstruation. — Des maladies et en particulier des affections pulmonaires résultant de la suppression brusque des menstrues, par E. Morin. (*Thèse de Paris.*) — Menstruation vicariante (par les gencives), par S. Caro. (*Amer. Suppl. to the Obst. Journ.*, mars.) — Cas de menstruation déviée. (Vomissements de sang), par G.-E. Putney. (*Boston med. and surg. Journal*, 16 mai.)

Ménière (Mal de). — Seize observations de maladie de Ménière, par Clifford Allbutt. (*Saint-George's Hosp. Rep.*, t. VIII, p. 111-122, 1874-76.)

Méninges. — Méningite cérébrospinale, par Hayden. (*The Dublin medic. Journ.*, p. 343, octobre.) — Hémorrhagie méningée chez un homme de 76 ans, mort, par W. Pepper. (*Philadelphia med. Times*, 31 août.) — Un cas de méningite tuberculeuse avec atrophie d'un rein, par Delany. (*New-York Med. Journ.*, octobre.) — Cas de péri-pachyméningite, par E.-G. Janeway. (*Boston med. and surg. Journ.*, 24 janvier.) — Pachyméningite hypertrophique d'origine spontanée de la région dorso-lombaire, par Lordereau et Troisier. (*Bullet. Soc. anat.*, p. 539, 1877.) — De l'ergotine dans le traitement de la méningite, par Dumolard. (*Lyon médical*, p. 394, 17 novembre.)

Métallothérapie. — Nouveau procédé de métallothérapie externe, par Romain Vigouroux. (*Gaz. des hôp.*, n° 87.) — Conférences sur la métallothérapie, par Burg. (*Gaz. des hôp.*, nos 96, 105, 106.) — Sur la métalloscopie, par M. Bernhardt. (*Berlin. klin. Wochens*, n° 10, p. 129, 11 mars.)

Moelle épinière. — De la physiologie de la moelle, par J.-C. Dalton. (*Boston med. and surg. Journ.*, 21 mars et suiv.) — De quelques nouvelles recherches concernant la physiologie de la moelle épinière, par Luchsinger. Société des médecins de Zurich, 24 novembre 1877. (*Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, n° 4, p. 112, 15 février.) — Contributions à l'étude de la paralysie spinale atrophique de l'adulte, par V. Bataille. (*Thèse de Paris*, n° 419.) — Essai sur les troubles médullaires que peuvent entraîner les lésions

traumatiques, par A. Etienne. (*Thèse de Paris.*) — 2 observations de myélite aiguë des cornes antérieures chez l'adulte, par Julien Althaus. (*Amer. Journ. of med. sc.*, avril.)

Môle. — Môle hydatique volumineuse chez une femme atteinte de syphilis antérieurement, par Core. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 334, octobre).

Monstre. — Monstre complet Sisomien-Derodyme, par R. Castillo. (*El Siglo médico*, Madrid, n° 1274.) — La théorie des monstruosités, 2 planches, par A. Rauber. (*Archiv für path. Anat. und Phys.*, t. LXIII, p. 55.) — Monstruosité, expulsion spontanée du délivre sans hémorrhagie, par J. Highet. (*The Lancet*, vol. I, p. 456.)

Mort. — De quelques moyens propres à prévenir la mort prompte qui survient à la suite des grands traumatismes chirurgicaux ou accidentels, par Houzé de l'Aulnoit. (*Gaz. méd.*, p. 372.)

Mortalité. — Des causes de l'excessive mortalité des enfants nouveau-nés et en bas-âge, par Billaudeau. (In-8°, 17 p., Soissons.) — Etude sur la mortalité à Paris pendant le siége, par H. Sueur. (*Thèse de Paris*, 1872.) Analysé par Morache. (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 2e série, XLIX, p. 565, mai.) — Statistique médicale. Natalité et mortalité du cercle d'Oberbarnim en 1876, par R. Nath. (Berlin.) — La mortalité fœtale dans la pratique obstétricale, par L. Galabin. (*The Obst. Journ.*, n° 65, p. 229.)

Muscles. — Contribution à la pathologie des muscles striés, par Heidelberg. (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmakologie*, Bd VIII, Heft 5 et 6, p. 355.) — Histologie des muscles, par A. da Costa Simões. (1 vol. de 274 p., figures, Coimbra.) — Action de l'oxyde de carbone à haute tension sur la contractilité musculaire, par P. Bert. (*Société de biol.*, 6 avril.) — Anomalies musculaires, par Kendal Franks. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 265, septembre.) — Contribution à l'étude des ruptures musculaires. (Gravité exceptionnelle chez les variqueux), par Devémy. (*Thèse de Paris.*) — De la myosite ossifiante progressive, par Mays. (*Arch. für path. Anat. und Phys.*, t. LXXIV, p. 145.) — De l'adipose sous-cutanée dans ses rapports avec les atrophies musculaires : sa valeur séméiologique, par J. Vergnes. (*Th. doct., Paris.*)

Mycose. — Nouvelles recherches sur la mycose dans l'organisme humain, par J. Israel. (*Archiv für patholog. An. und Physiol.*, t. LXXIV, p. 15.)

Myopie. — Des changements de forme de l'œil et de la myopie acquise sous l'influence des études, par Loring. (*The med. Record*, New York, novembre 1877.)

Myxome. — Myxome lipomateux, par Cognard. (*Lyon méd.*, p. 53, 8 septembre.)

N

Nécrose. — Sur la nécrose des os, par F. Busch. (*Archiv f. klin. Chirurgie*, vol. XXI, fasc. 4, p. 795.) — De la nécrose traumatique dans les fractures et les amputations et de son traitement par la cautérisation ponctuée, par C. Lenoir. (*Thèse de Paris*, n° 340.)

Nerfs. — Sur la dégénérescence des nerfs sectionnés, par Colasanti. (*Arch. f.*

Anat. u. Phys., p. 206.) — Nerveux (système): anatomie générale, par RENAUT; anatomie et physiologie du système nerveux envisagé dans la série animale, par CARLET; physiologie, par François FRANCK. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XII, 2e partie.) — De la structure et des fonctions du système nerveux, par J. ROSS. (*Med. Times and Gaz*, p. 584, 1er juin.) — Notes sur les éléments microscopiques du système nerveux, par SATTERTHWAITE. (*New York med. Journal*, septembre.) — Tableaux d'anatomie, le sytème nerveux, nerfs rachidiens, nerfs crâniens et système nerveux périphérique, par J. ALAVOINE. (Grand in-4°, Paris.) — Aperçu sur le fonctionnement du système nerveux, par RAMES. (In-8°, Paris.) — Sur l'homologie dans la structure du système nerveux central de différentes classes d'animaux, par FRITSCH. (*Arch. f. Anat. u. Phys.*, 1877, p. 578-580.) — De la terminaison des nerfs moteurs, par J. COHNHEIM. (*Arch. für path. Anat. und Phys.*, t. LXXIV, p. 141.)—Étude physiologique sur le nerf pneumogastrique, par MUNSON. (*New York med. Journal*, septembre.)—Observation de paralysie du nerf vague, par TUCZEK. *Société générale des médecins de Cologne*, 11 juin 1877. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 15, p. 215, 15 avril.) — Variété rare de tropho-névrose, arthropathie noueuse, suite de lésion périphérique des nerfs de la main, par BOUCHUT. (*Gaz. des hôp.*, n° 117.)—Compendium des affections du système nerveux, par R.-H. PIERSON. (Leizig.) — Observations de maladies du système nerveux recueillies à la policlinique de Halle, par KUESSNER. (*Arch. f. Psychiatrie und Nervenkrankh.*, VIII, Heft 2, p. 443.) — De l'influence qu'exerce le système nerveux central sur l'excitabilité des nerfs moteurs, par RUMPF. (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank.*, Bd. VIII, Heft 3, p. 567.)—Maladies nerveuses, par BROCHIN. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XII.) — Maladies nerveuses, symptômes et traitement, par A.-M. HAMILTON. (In-8°, Londres.) — Arthrites consécutives à une lésion du nerf cubital, guérison de ces arthrites secondaires coïncidant avec le retour du mouvement dans les muscles paralysés, par GOWERS. *University college hospital.* (*Brit. med. Journ.*, 25 mai 1878, p. 753.) — Sur le développement des éruptions cutanées dans les affections du système nerveux, par G. CHEVALIER. (In-8°, 25 pages, Paris.)

Névralgie. — Névralgie, par L. LEREBOULLET. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XII, 2e partie.) — Névralgie des plexus brachial et cervical simulant, chez un emphysémateux, une angine de poitrine (Leçon de LASÈGUE). (*Gaz. des hôp.*, n° 133.) — Contribution à l'étude des névralgies au point de vue de leur nature et de leur traitement par les injections irritantes, par L. ANGELÉ. (*Thèse de Paris*, n° 246.) — Quelques cas de névralgie du trijumeau, par EMERSON. (*New York med. Journal*, juin.) — Quelques cas de sciatique dus à la malaria, par RIPLEY. (*New York med. Journal*, août.) — Un cas de névralgie sciatique, clinique de CANTANI. (*Il Morgagni*, juin.) — Du traitement des névralgies par l'électricité et l'hydrothérapie ou guide pratique d'électro-thérapie appliquée au traitement de ces maladies, par S. DUBOIS. (*Thèse de Paris*, n° 290.) — Guérison d'une névralgie de la 5e paire par le sulfate de cuivre ammoniacal, à la dose de 60 centigrammes, par FÉRÉOL. (*Soc. de thérap. Gaz. hebdomad.*, 18 octobre, p. 673.) — Maladies du cerveau et du système nerveux : 1re partie: névralgie faciale et viscéralgie, leur diagnostic et leur traitement, par J.-M. KERSHAW. (In-8°, Saint-Louis.) — De la névralgie du moignon, par CHALOT. (*Montpellier médical*, p. 124, août.)

Névrome. — Névrome, par Léon TRIPIER. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XII, 2e partie.) — Névrome du creux poplité, par GOSSELIN. (*Gaz. des hôp.*, p. 314.) — Du diagnostic des nèvromes multiples, par GERHARDT. (*D. Arch. f. kl. Med.*, p. 268.)

Névrotomie. — Névrotomie, par Léon Tripier. (*Dict. encycl. des sc. méd.* 2e série, t. XII, 2e partie.)

Nez. — Anatomie et développement de la région naso-ethmoïdale, par E. Zuckerkandl. (*Mediz. Jahrbücher*, Heft 3.) — Nez : anatomie et pathologie, par E. Spillmann. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XIII, 1re partie.)— Leçon clinique sur un cas de polype naso-pharyngien, par W. Savary, (*Brit. med. Journal*, janvier.) — Du traitement chirurgical des polypes naso-pharyngiens, par Bensch. (*Diss. inaug.*, Berlin, 1877.)— Thérapeutique des polypes auriculaires et nasaux, par P. Casanova. (*La Cronica médica*, Valence, n° 14.)— Des catarrhes du nez et de leur traitement, par Oscroft Tansley. (*New York med. Journal*, avril.) — De l'inflammation chronique des follicules clos de l'arrière-cavité des fosses nasales et de son traitement par la douche naso-pharyngienne, par F. Dubief. (*Thèse de Paris*, n° 323.)— De la curabilité de la surdité des enfants, causée par un catarrhe naso-pharyngé chronique, par Arthur Hartmann, de Berlin. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 14, p. 191, 8 avril.) — Un cas de sarcome des fosses nasales, par Gallozzi. (Opération, guérison.) (*Il Morgagni*, Naples, juillet.) — Des diverses variétés d'obstruction des fosses nasales ; causes, symptômes et traitement, par Lennox Browne. (*Brit. med. Journal*, 24 août.)

Noma. — Noma, par Bazin. (*Dict. encycl.. des sc. méd.*, 2e série, t. XIII, 1re partie.)

Nostalgie. — Nostalgie, par Widal. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XIII, 1re partie.)

Nouveau-nés.—Étude sur les centres psycho-moteurs des animaux nouveau-nés et sur leur développement dans différentes conditions, par Jean de Tarchanoff. (*Soc. de biol.*, 29 juin.) — De l'influence des tours sur la mortalité des enfants assistés de l'Ain, par C. Fonné. (In-18 avec tableau, Bourg.) — Des tours dans les hôpitaux avec secret absolu ; de la nécessité de leur rétablissement, par Suau de l'Escalette. (In-8°, Toulouse.)— De la dégénérescence graisseuse aiguë chez le nouveau-né, par Mary Putnam Jacobi. (*American Journal of Obstetrics*, juillet, p. 499.)

Nystagmus.—Sur le nystagmus, par Romiée. (*Bulletin de l'Acad. de Belgique*, juin.)

O

Obstétrique. — Observations obstétricales, par Hyernaux. (*Bulletin de l'Acad. de Belgique*, septembre.) — Traité des opérations obstétricales d'après les leçons de Hegar, par Carl Stahl. (Stuttgart.) — Cas observés à la maternité de Londres, par E. Herman. (*The Obst. Journ.*, n° 61.) — Des précautions antiseptiques dans la pratique obstétricale, par F.-W. Newcombe. (*The Obst. Journ.*, n° 61.) — Du décubitus sacro-dorsal en obstétrique, par Stehberger. (*Zeitschr. f. Geburtsh. u. Frauenk.*, 213, 1 Heft, p. 74.) — Traité d'obstétrique, par Otto Spiegelberg (Lahr).

Occlusion intestinale. — Obstruction intestinale ; enkystement de cette obstruction ; gangrène ; guérison, par Debord. (*Union méd.*, 1er août.) — Obstruction intestinale suivie de mort (Pas d'autopsie). (*The Lancet*, vol. II, p. 328.) — Obstruction intestinale avec vomissements fécaloïdes au cours d'une typhlite terminée par périty phlite suppurée, par Evans. (*The Lancet*,

vol II, p. 238.) — Obstruction intestinale, tableau synoptique, diagnostic étiologique, statistique, traitement chirurgical, par Th. Bryant. (*The Lancet*, vol. I, p. 674, 711, 743, 782.) — Iléus guéri par l'action mécanique du mercure liquide, par A.-R. Gutierrez. (*El Siglo médico*, Madrid, n° 1283.) — Tumeurs stercorales, par Ricardo L. Florez. (33 observations dont plusieurs inédites.) (*Thèse de Paris*, n° 240.)

Œdème. — Des différentes espèces d'œdème des membres inférieurs chez les phthisiques, et en particulier de l'œdème consécutif à la pneumonie chronique pérituberculeuse, par Pachot. (*Thèse de Paris.*)

Œil. — Compte rendu statistique de la clinique ophthalmologique de Naples dirigée par R. Castorani, par A. Germano. (*Il Morgagni*, Naples, fascicule II, février.) — Traité pratique des maladies des yeux, par Walton Haynes. (3e édit., Londres.) — L'hygiène oculaire au Lycée de Lyon, par H. Dor. (*Lyon médical*, 27 octobre.) — Traité élémentaire d'ophthalmoscopie, d'optométrie et de réfraction oculaire, par H. Armaignac. (In-18 avec 116 fig., Paris.) — Etude sur l'anatomie pathologique de l'ophthalmie sympathique, statistique, conclusions, par A. Alt. (*Arch. f. Augen. u. Ohrenheilk.*, IV, n° 2, 1877.) — Optométrie ophthalmoscopique au moyen de l'image renversée. Perfectionnements apportés à la méthode de Schmidt-Rimpler. — Ophthalmoscope optomètre, par Loiseau (de Tournai). (*Extrait des Archives médicales Belges*, mai 1878.) (*Annales d'oculistique*, juillet et août, page 66.) — La troisième chambre de l'œil (entre le corps vitré et le centre de la rétine), par Löwe, et discussion consécutive, par Schweigger, Hirschberg. (*Société de médecine de Berlin*, 19 décembre 1877. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 13, p. 183 et n° 14, p. 197, 1 et 8 avril.) — Anophthalmie bilatérale congénitale, par Wicherkievicz. (*Klin. Monats. f. Augenheilk.*, XVI, p. 163.) — Etude pathologique sur l'augmentation de tension du globe, par W.-A. Brailey. (*Ophthalm. hospit. Reports*, vol. IX, 1877.) — Contributions à l'anatomie pathologique de l'œil, préparations de deux décollements du corps vitré et d'un œil opéré de cataracte sénile par la méthode de Graefe, par J. Hirschberg. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 18, p. 249, 6 mai.) — Recherches d'anatome pathologique oculaire (Enucléation de l'œil pour une névrorétinite sympathique. Granulome traumatique intraoculaire. Cas d'épanchement sanguin interstitiel dans la choroïde. Suites hémorrhagiques avec exsudats spongieux), par Ad. Alt. (*Arch. f. Augen u. Ohrenheilk.*, VI, 2, 1877.) — Forme peu commune d'inflammation oculaire chez un goutteux, par J.-E. Adams. (*Ophthalm. hosp. Reports*, vol. IX.) — De l'exophthalmie, par Mauthner (*Wien. Mediz. Presse*, n° 1).—Sur l'hémiopie, par Hirschberg et discussion consécutive, par Westphal, Israel. *Société de médecine de Berlin*, 19 décembre 1877. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 13, p. 182, 1er avril.)—Photophobie, par Bowater-Vernon. (*St-Barthol. Hosp. Rep.*, t. XIII, 1877, p. 167-177.) — Un cas d'ulcère perforant de la sclérotique, par Darbishire. (*St-Barthol. Hosp. Rep.*, t. XIII, 1877, p. 279-281.) — Hémiopie temporale unilatérale; phosphaturie; par Courserant. (*Gaz. des Hôp.*, p. 276.) — Paralysie des nerfs moteurs de l'œil, atrophie de la rétine de cause syphilitique, par Leared. (*Med. Times and Gaz.*, vol. I, p. 390.) — Du traitement névro-dynamique dans certaines maladies des yeux, par Chapman. (*Recueil d'ophthalmologie*, p. 18, Paris.)—De l'ophthalmomalacie, par J. Bélisaire, Paris. (*Thèse de doctorat de Paris*, n° 191.) — Des différentes formes cliniques des atrophies papillaires, par L. Lebris. (*Thèse de Paris*, n° 353.)—Etude clinique de l'atrophie ou phthisie de l'œil, par F. Tizon. (*Thèse de Paris*, n° 398.) — Cas de tuberculose du nerf optique droit, par H. Chiari. (*Med. Jahrb., herausg. von de Ges. d. Aerzte in Wien*, p. 559, 1877.) — Myxome de l'œil, par Heitzmann. (*New York*

Med. Journ., juillet.) — Paralysie complète de tous les muscles de l'œil dans l'ataxie (observation), par H. Bousquet. (*Recueil d'ophthalmologie*, p. 89.) — Enucléation du bulbe oculaire droit phthisique, iridectomie du côté gauche pour glaucome chronique avec choroïdite atrophique disséminée chez une enfant de 12 ans présentée par Pflüger à la *Société médico-pharmaceutique de district*, du canton de Berne, 13 février 1877. (*Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, n° 7, p. 206, 1 avril.) — Blessure de l'œil; énucléation; amputation de l'hémisphère antérieur; prothèse oculaire, par Badal. (*Gaz. des Hôp.*, p. 292.) — Observations de lésions traumatiques de l'œil, par Spencer Watson. (*Brit. Med. Journal*, 5 octobre.)—Les plaies de l'œil par armes à feu observées pendant la guerre russo-turque de 1877, par Talko. (*Gazeta Lekarska*, n° 7 et 12 (en polonais). — *Centralbl. f. Chir.*, n° 28.) — 2 cas de tumeurs rares de l'œil : épithéliome de la conjonctive; tumeur fibreuse du nerf optique, par W.-A. Brailey. (*Ophthalm. hosp. Reports*, vol. IX, 1877.)— Des lésions du fond de l'œil dans les maladies internes, par August. Schreiber. (Leipzig.) — Extirpation partielle de l'œil, par J.-D. Pulido. (*El Siglo Médico*, Madrid, n° 1282.) — De l'emploi des cautères dans le traitement des affections oculaires, par E. Andrew. (*Brit. med. Journal*, 24 août.) — De l'emploi de l'ésérine et de l'atropine dans les maladies des yeux, par S. Vidor. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, XII, p. 385.) — Œil artificiel pour essais optométriques et ophthalmoscopiques, par Badal. (*Soc. de biol.; Gaz. méd.*, p. 123.)

Œsophage. — Essai sur les plaies et les ruptures de l'œsophage, par F. Roumegoux. (*Thèse de Paris*, n° 369.)— Rétrécissement carcinomateux de l'œsophage; ulcération des ganglions bronchiques, amenant une perforation de la bronche et de l'artère pulmonaire droites, par Schutz. (*Prager med. Wochensch.*, n° 17.) — Ulcère perforant de l'œsophage ouvert dans la trachée, par Goll. *Société des médecins de Zurich*, 19 janvier 1878. (*Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, n° 9 p. 272, 1er mai.) — Rétrécissement cancéreux de l'œsophage au niveau de l'extrémité inférieure de la trachée. Lésion secondaire des deux nerfs récurrents, paralysie des deux cordes vocales, par Gouguenheim. (*Soc. méd. des Hopitaux; Union médicale*, 17 août.)

Œuf.— Des signes de la maturité des œufs des mammifères, par H. Bischoff. (*Arch. f. Anat. und Physiolog.*, Abtheil I, fasc. I, p. 43); polémique contre le profes. Schenck.

Ombilic. — Extirpation d'un sarcome de la région ombilicale, récidive trois fois, par Gallozzi. (*Il Morgagni*, Naples, juin.)

Ongle. — Ongle et onyxis, par Hutchinson. (*Med. Times and Gazette*, vol. I, p. 423.)

Orbite. — Etude sur l'inflammation de la capsule de Ténon (Tenonitis), par Schiess-Gemuseus. (*Klin. Monats. f. Augenheil.*, XVI, p. 305.)—Ligature de la carotide primitive pour une tumeur pulsatile de l'orbite. Guérison sans aucun accident. (*Med. Times and Gazette*, vol. II, p. 357.)

Oreille. — Etude des mouvements du tympan par la méthode graphique, par Gellé. (*Soc. de biol.* et *Gaz. méd. de Paris*, n° 32.)— L'oreille, anatomie, physiologie, pathologie, par Charles Burnett. (In-8°, Philadelphia.)—Rapport sur les progrès de l'otologie en 1876, par Edm. Schurig. (*Schmidt's Jahrbüch.*, n° 11, 1877.) — Développement du labyrinthe cartilagineux et osseux, par L. Löwe. (*Ber. d. Münchener Naturf. Versamml.*, 1877, p. 343.) — Leçons sur l'encéphale et l'appareil auditif, par Folet. (*Progrès médical*, 9 novembre.)—Anatomie pathologique de l'oreille, par Schwartze. (6e volu-

me du *Manuel d'anatomie pathologique* de Klebs, Berlin.) — Des états anormaux des vaisseaux qui peuvent affecter l'ouïe, par G.-P. Field. (*Med. Times and Gaz.*, p. 616, 8 juin.) — De l'otite et du sulfate de quinine dans les névroses mentales et convulsives de l'enfance par lésion de l'oreille, par Bouchut. (*Gaz. des hôp.*, n° 134.) — Hématome de l'oreille, par Giraud. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 7.) — Etiologie des exostoses de l'oreille consécutives à l'extraction des polypes, par Field. (*Brit. med. Journ.*, février.) — Emploi de l'acide sulfureux dans quelques formes de maladies des oreilles, par J.-P. Cassells. (*Practitioner*, mars.) L'auteur n'a retiré aucun résultat de l'emploi des acides. — Perforation artificielle de la membrane du tympan, par L. Turnbull. (*Philadelphia*, 1877.) — Un cas d'ouverture de l'apophyse mastoïde suivi de guérison, par L. Turnbull. (*Med. surg. Reporter*, Philadelphia, février.) — Sur une forme spéciale d'oblitération du conduit auditif externe, par Clarence J. Blake. (*Arch. of. clinical surgery*, juin 1877.) — Contribution à l'étude de l'épilepsie auriculaire, par Allan Maclane Hamilton. (*New York med. Record*, 9 février.) — Des bains et de la natation comme cause de maladies de l'oreille, par L. Turnbull. (*Transactions of the internat. med. Society Philadelphia*, 1877.) — Lésions desquamatives de l'oreille par A.-H. Buck. (*New York med. Record*, n° 371, 1877.) — Abcès de la caisse du tympan par Morshead. (*Brit. med. Journal*, 12 octobre.) — Otite, abcès cérébelleux s'ouvrant par l'oreille, mort subite à ce moment, par C. Gribbon. (*The Lancet*, vol. I, p. 712.) — Des troubles de la circulation (dans la maladie de Bright en particulier) ; comme cause de tintements et de bourdonnements d'oreille, par P. Field. (*Med. Times and Gaz.*, vol. I, p. 616.) — Otite, phlébite des sinus crâniens, infection purulente, par J. Russell. (*Med. Times and Gaz.*, vol. I, p. 614.) — Otite (?), symptômes cérébraux dus à un bouchon de cérumen, par Pierce. (*Med. Times and Gaz.*, vol. I, p. 332.) — Des troubles de l'audition ; cause et traitement, par J. Keene. (4e édit., in-8°, Londres.) — Nouveau polypotome pour les polypes de l'oreille, par Sapolini. (*Annali Universali di Medicina e Chirurgia*, Milan, août.) — Oreille, spéculum à valves. (*Med. Times and Gaz.*, vol. I, p. 688.)

Organismes inférieurs. — Influence de l'oxygène à haute pression sur les corpuscules reproducteurs des vibrioniens charbonneux, par P. Bert. (*Soc. de biol.*, 6 avril.) — Conservation dans l'alcool de l'action virulente du sang chargé de corpuscules reproducteurs des vibrioniens charbonneux, par P. Bert. (*Soc. de biol.*, 6 avril.) — Caractères communs et différentiels des animaux et des végétaux inférieurs, par Amagat. (*Thèse d'agrégation; sciences naturelles*, Paris.)

Os. — Un mot d'historique sur la moelle des os, par Bizzozero. (*Mediz. Jahrbücher*, Heft 2.) — Contribution à la théorie de la torsion de l'humérus et à la place morphologique de la rotule dans la série des vertébrés, par P. Albrecht. (*Inaug. dissert.*, Kiel, 1876.) — Sur la théorie de la formation des ostéoblastes à l'état normal et pathologique, par Busch. (*Arch. f. Anat. u. Physiol.*, p. 333, 1878.) — Sur la moelle osseuse et la membrane médullaire, par Sachs. (*Idem*, p. 341, 1878.) — Sur une formation osseuse dans le centre aponévrotique du diaphragme, par Busch. (*Idem*, p. 346, 1878.) — Abcès intra-osseux de l'extrémité supérieure du tibia, par Smith. (*The Lancet*, vol. II, p. 620.) — Sur l'origine du carcinome des os par A. Ceccherelli. (Florence, brochure de 20 pages.) — Tumeur myéloïde du radius ayant mis 20 ans à se développer, et récidivant sous forme de cancer malin 4 mois après son ablation, par R. Wihtla. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 329, octobre.) — Ostéome du bord alvéolaire et de la voûte palatine d'un côté, par Heath. (*The Lancet*, vol. II, p. 216.) —

Ostéoporose sénile, par BENNETT. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 272, septembre.) — De l'ostéite apophysaire pendant la croissance, par E.-L. JEGUN. (*Thèse de Paris.*) — Ostéotomie du péroné et du tibia chez un enfant de 4 ans pour remédier à une courbure vicieuse; opéré présenté par DOUTRELEPONT à la *Société bas-rhénane des sciences naturelles et médicales*, de Bonn, 21 janvier 1878. (*Berlin. klin. Wochens*, n° 14, p. 198, 8 avril.) — Ostéotomie sous-cutanée du fémur, par Morrant BAKER. (*Brit. med. Journal*, 21 septembre.) — Ostéotomie, trois observations dont deux pour genou valgus, par W. MACEWEN. (*The Lancet*, vol. I, p. 449.)

Ostéomalacie. — Observation d'ostéomalacie avec ostéomes multiples, par C. TARUFFI. (*Annali Universali di Medicina*, Milan, mai.)

Ovaire. — Fibrome caverneux de l'ovaire gauche, torsion du pédicule, hémorrhagie dans la tumeur, thrombose de ses vaisseaux, gangrène, ponction exploratrice, suppuration, ovariotomie, guérison, par K. DANNIEN. (*Arch. f. klin. Chirurgie*, vol. XXII, fasc. 4, p. 973.) — Kyste dermoïde de l'ovaire gauche avec abcès des parois abdominales; gastrotomie; drainage, par SCHRÖDER. *Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin*, 22 janvier 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 16, p. 231, 22 avril.) — Kyste de l'ovaire; 400 ponctions environ, dont un grand nombre faites par la malade elle-même, par HUGHES. (*The Lancet*, vol. II, p. 138.) — Paracentèse abdominale pratiquée 354 fois dans un cas de kyste de l'ovaire, par E. PORRO. (*Annali Universali di medicina e chirurgia*, Milan janvier.)— 2 cas de cysto-sarcome de l'ovaire, par MORISANI. (*Il Morgagni*, Naples, mai.) — Tumeur de l'ovaire, par THORNTON. (*Brit. med. Journal*, 2 nov.) — Du diagnostic des tumeurs malignes de l'ovaire et de la péritonite maligne, par J. FOULIS. (*Brit. med. Journ.*, 2 nov.) — Kyste dermoïde suppuré de l'ovaire, ouvert dans le vagin, par MUNDÉ. (*American Journal of Obstetrics*, juillet, p. 578.) — Rupture sans accident consécutif d'un petit kyste de l'ovaire, déterminée fortuitement par la palpation vésico-abdominale, par MUNDÉ. (*Idem*, juillet, p. 582.) — Guérison d'une tumeur de l'ovaire par des injections iodées, par HARRISON. (*Idem*, juillet, p. 577.) — Difficulté du diagnostic due à la rotation des tumeurs ovariennes. par J.-K. THORNTON. (*The Obst. Journ.*, n° 59.) — Deux observations de petites tumeurs ovariennes, ayant déterminé des métrorrhagies; ablation, par LAWSON TAIT. (*Brit. med. Journal*, 19 oct.)

Ovariotomie. — Des indications et contre-indications de l'ovariotomie dans les kystes de l'ovaire, par S. DUPLAY. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 2e série, t. VII, n° 44.)—Kyste complexe de l'ovaire; cause de dystocie; ovariotomie à la suite des couches; mort par septicémie, par P. RUGE. (*Berl. klin. Woch.*, n°16, p. 231.) — Présentation de deux opérées d'ovariotomie, l'une au quatrième mois d'une grossesse qui continue à évoluer normalement, par SCHRŒDER. *Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin*, 12 fév. 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 19, p. 275, 13 mai.) — Sur l'ovariotomie, par A. MARTIN. (*Berlin. klin. Wochens.*, n°s 15 et 16.) — Kyste colloïde multiloculaire de l'ovaire gauche; ovariotomie; guérison, par A. BOCCHINI. (*Raccoglitore medico*, déc. 1877.) — Compte rendu de 50 ovariotomies traitées suivant la méthode de Lister, et pratiquées à Berlin, par Carl SCHRŒDER. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 11, p. 145.) — Quatrième série de 5 ovariotomies, et remarques sur la pathogénie de la péritonite adhésive, par Theodor KOCHER. (*Corresp.-Blatt f. Schweiz. Aerzte*, n° 3, p. 72.) — Ovariotomie pendant la grossesse, par HEYWOOD SMITH. (*Brit. med. Journ.*, 31 août.) — Ovariotomie. Deux obs., par WHALLEY. (*The Lancet*, vol. I, p. 934.) — Ovariotomie. Une obs., par THORBURN. (*The Lancet*, vol. II, p. 45.) — Ovariotomie. Deux obs., par HEYWOOD SMITH. (*Med. Times and*

Gaz., vol. I, p. 531.) — Histoire de deux ovariotomies pratiquées par D. Peruzzi. (*Nuovo Giornale internazionale delle scienze mediche*, Naples, An I, fasc. VI.) — Fibro-sarcome de l'ovaire; ovariotomie; guérison, par Creus. (*La Cronica médica*, Valencia, n° 19.) — Kyste multiloculaire de l'ovaire avec complication d'ascite; ovariotomie; guérison, par A. Martin. *Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin*, 11 déc. 1877. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 11, p. 153, 18 mars.) — Ovariotomie. Kyste uniloculaire séro-albumineux guéri en quelques jours, par Hubert. (*Bulletin de l'Acad. de Belgique*, juillet.) — Ovariotomie. Un cas de mort rapide, non justifiée, aux Indes, par Gairdner. (*The Lancet*, vol. II, p. 402.) — Ovariotomie; insuccès, par Knowsley Thornton. (*Med. Times and Gaz.*, vol. I, p. 674, et vol. II, p. 46.) — Ovariotomie (manuel opératoire et soins consécutifs), par Spencer Wells. (*Idem*, vol. II, p. 18 et 41.) — Ovariotomie. Une obs., par Folker. (*Idem*, vol. II, p. 71.) — Ovariotomie. Une observation avec guérison, par Hargreaves. (*The Lancet*, vol. II, p. 476.) — Ovariotomie. Une observation, par Clay. (*The Lancet*, vol. II, p. 694.) — Ovariotomie; guérison, par Laffan. (*The Lancet*, vol. II, p. 218.) — Opération de Battey, trois cas terminés fatalement; avec remarques sur les indications de l'opération, par Engelmann. (*American Journal of Obstetrics*, vol. II, p. 459.) — Sur le traitement par la position, de la tympanite intestinale, consécutive à l'ovariotomie, par Jenks. (*American Journal of Obstetrics*, juillet, p. 518.) — Ovariotomie. Un cas de guérison, par Spence. (*The Lancet*, vol. I, p. 312.) — Un cas de guérison malgré accidents fébriles préexistants, par J. Williams. (*The Lancet*, vol. I, p. 381.) — 50 observations nouvelles d'ovariotomie, avec quelques notes sur 6 autres cas de gastrotomie, par J. Knowsley Thornton. (*Brit. med. Journal*, 19 oct.) — La méthode la plus efficace pour combattre l'élévation de la température après l'ovariotomie, par Gaillard Thomas. (*New York med. Journal*, avril.) — De l'ovariotomie, par E. Robillard. (*Transact. of the Canada med. Associat.*, vol. I, p. 163, 1877.) — Résultats de l'ovariotomie avant et après l'emploi des antiseptiques, par T. Keith. (*Brit. med. Journal*, 19 oct.)

Ozène. — Sur l'ozène, par Warrington Haward. (*St-George's Hosp. Rep.*, t. VIII, 1874-76, p. 123-133.) — Ozène; suppuration des sinus ethmoïdaux et sphénoïdaux; phlébite des sinus crâniens; mort, par J. Russell. (*Med. Times and Gazette*, vol. I, p. 614.) — Contributions à l'étude de l'ozène, par Hartmann. (*Deutsche med. Wochensch.*, n° 13.) — Traitement de l'ozène, par Renzone. (*Il Morgagni*, mai.)

P

Palais. — Ulcération tuberculeuse des piliers du voile du palais, par Gee. (*Med. Times and Gazette*, 1877.) — Mécanisme du voile du palais et de la trompe d'Eustache. (*Verh. der Berl. phys. Soc.* in *Arch. f. Anat. u. Phys.*, p. 179.) — Note sur l'ablation des tumeurs du palais et de l'arrière-gorge, par D. Foulis (*Brit. med. Journal*, 12 octobre.)

Pancréas. — Cancer du pancréas, probablement primitif; cancer du côlon transverse et de la région hépatique contiguë au gros intestin. Ictère progressif. Occlusion intestinale incomplète au point d'adhérence du gros intestin avec le foie, par Gouguenheim. *Soc. méd. des hôpitaux.* (*Union médicale*, 19 septembre.) — Un cas de carcinome primitif du pancréas, par Pott. (*Deutsche Zeitsch. f. prakt. Medicin*, n° 16.

Pansement. — Traitement des plaies sans pansements, méthode d'aération, par S. Dimitrieff. (*Thèse de Paris*, n° 321.) — Du térébène comme topique dans le traitement des plaies, par G. Nasmylts. (*Edinb. med. Journ.*, I, p. 779.) — Ecrasement du pied droit par une roue de tramways pansement ouaté, guérison, par Narich et Beauchamps. (*France médicale*, 10 août.) — De l'application du pansement de Lister et de la méthode antiseptique à l'ovariotomie, par Lutaud. (*Ann. de Gynécologie*, juillet.) — Traitement antiseptique : observations diverses, par Ogilvie Will. (*The Lancet*, vol. II, p. 39 et 78.) — Pansement des plaies et ulcères avec des linges trempés dans : huile de térébenthine 1 partie, benzine 7 parties et huile aromatique Q. S. Ce mélange fixe l'oxygène de l'air en formant du peroxyde d'hydrogène, qui se décompose lui-même, en laissant dégager son oxygène au contact du sang et surtout du pus, par John Day. (*Med. Times and Gazette*, vol. II, p. 193.) — Mémoire sur le traitement des lésions traumatiques des synoviales articulaires et tendineuses et des plaies en général par l'emploi de la glycérine, par E. Aureggio. (In-8°, 43 pages, Paris.) — Traitement antiseptique (statistique), par R. Barwell. (*The Lancet*, vol. I, p. 306.) — Thymol comme antiseptique, par Volkmann. (*Med. Times and Gazette*, vol. I, p. 227.) — Antiseptiques : solution de sulfate de quinine comme topique et antiseptique. (Bisulfate de quinine 1gr,30; eau 708 grammes, SO^3HO q. s.), par Nunn. (*The Lancet*, vol. I, p. 270.) — Os d'oiseaux dépourvus de moelle recommandés comme tubes à drainage faciles à résorber, par Trendelenburg, au VIIe congrès de la *Société allemande de chirurgie*, 12 avril 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 19, p. 276, 13 mai.) — Du coton médical et de son emploi dans les pansements, par E. Bauduin. (*Thèse de Paris*, n° 287.)

Paralysie. — Paralysie faciale a frigore avec névralgie faciale, par M. Letulle. (*France médicale*, 9 novembre.) — Cas de paralysie labio-glosso-laryngée, par Andrew Smith. (*The New York med. Record*, n° 368, 1877.) — De la paralysie spinale spasmodique ou tabes spasmodique, revue par Richlin. (*Gaz méd. de Paris*, nos 27, 29 et 31.) — De la production des contractures dans la paralysie spinale des enfants, par A. Seeligmüller. (*Centralbl. f. Chir.*, n° 18.) — Paralysie du bras consécutive à un traumatisme, par Pooley. (*New York med. Journal*, septembre.) — Du traitement des paralysies chez les apoplectiques à lésions cardiaques, par Groedel (de Nauheim). (Comme Beneke, l'auteur vante les bains d'eaux chlorurées sodiques chargées d'acide carbonique). (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 10, p. 137, 11 mars.) — Paralysie pseudo-hypertrophique. (Pseudo-hypertrophie musculaire) chez deux frères, par Demme. *Société médico-pharmaceutique de district du canton de Berne*, 9 mars 1877. (*Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, n° 8, p. 223, 15 avril.) — Paralysie infantile, par W. Adams. (*The Lancet*, 24 novembre, p. 768, 1877.)

Paralysie générale. — Contribution clinique à la paralysie générale, par Max Leidesdorf. (*Medizin. Jahrbücher*, Heft 2.) — Des conditions pathogéniques du développement de la paralysie générale en particulier et de diverses dégénérescences scléreuses du système nerveux en général, par Luys. *Soc. méd. des hôpitaux*. (*Union médicale*, 1er et 8 octobre.) — De la nature des troubles musculaires dans la paralysie générale des aliénés, par J. Christian. (In-8°, Nancy.) — Anomalies cérébrales constatées à l'autopsie d'un paralytique général, par Sander. *Société médico-psychologique de Berlin*, 4 juin 1877. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 11, p. 154, 18 mars.) — D'une période intermédiaire dans la paralysie générale, par A. Voisin. (*France médicale*, 28 septembre.)

Parotide. — Extirpation complète de la parotide, par F. VALERANI. (*Gazzetta delle cliniche*, Torino, nov. 1877.) — Du phegmon spontané de la parotide, par A. BELLAT. (*Thèse de Paris*, n° 253.) — Deux cas d'enchondro-sarcome de la région parotidienne, par GALLOZZI. (*Il Morgagni*, Naples, juin.)

Pathologie. — Leçon sur l'enseignement clinique, par Charles MURCHISON. (*The Lancet*, 13 octobre 1877, p. 523.) — Leçons de pathologie générale et expérimentale, par S. STRICKER. (1re partie, *Pathogénie*, 1877; 2e partie, *Théorie des vaso-moteurs et Principes d'histologie pathologique*, Vienne.)

Paupière. — Tarsitis syphilitique, par E. FUCHS. (*Klin. Monats. f. Augenheilk.*, XVI, p. 21.) — De l'innervation des paupières, par M. BENTO DE SOUSA. (*Periodic. de Ophth. practic.*, n° 1, janv.) — Cas d'ankyloblépharon compliqué de symblépharon total, par MAYERHAUSEN. (*Klin. Monats. f. Augenheilk.*, XVI, p. 364.) — Du traitement de la blépharite ciliaire par l'application du caoutchouc vulcanisé, par ROY. (*Bull. gén. de Thérap.*, t. XCV, p. 148.) — De la blépharo-conjonctivite, par H. LABACHE. (*Thèse de Paris*, n° 322.) — Epithélioma de la paupière, par POOLEY. (*New York med. Journ.*, septembre.)

Peau. — Considérations cliniques sur quelques cas remarquables de dermatoses, par BASTARD. (*Union médicale*, 15 août.) — Contribution à la thérapeutique de quelques dermatoses d'origine arthritique, par L. GRELLETY. (*Bull. méd. du Nord*, nos 8 et 9.) — Atlas des maladies de la peau, par B. SQUIRE. (In-8°, Londres.) — Sur le régime de l'hygiène dans les maladies de la peau, par DUNCAN BULKLEY. (*Virginia medical Monthly Journ.*, octob.) — Sur une forme de tumeurs fongueuses inflammatoires de la peau (avec planches), par GEBER. (*D. Arch. f. kl. Med.*, p. 290.)

Pompholyx (cheiro-pompholyx d'Hutchinson, dysidrosis de Tilbury Fox). — Etude sur la nature et l'histologie pathologique de cette affection, par ROBINSON. (*New York*, 1877.)

Pellagre. — De la pellagre dans les Landes, par E. BONNAN (*Thèse de Paris*, n° 362.)

Pemphigus. — Du pemphigus de la conjonctive, par E. PFLÜGER (*Klin. Monatsblätt. f. Augenheilk.*, XVI, p. 1.) — Pemphigus traité avec un succès remarquable par l'arsenic, par L. DUNCAN BULKLEY. (*The American Journal of med. sc.*, octobre 1877.)

Périnée. — Sur le traitement immédiat et tardif des ruptures du périnée chez la femme, par G. BANTOCK. (In-8°, Londres.) — De l'opération de l'épisiotomie comme moyen d'empêcher les ruptures du périnée pendant l'accouchement, par Anna BROOMALL. (*Amer. Journal of Obstetrics*, 1, 157, juillet.) — Etude sur la périnéoraphie pratiquée immédiatement après l'accouchement, par G. EUSTACHE. (*Bullet. de thérapeutiq.*, juillet et août.)

Péricarde. — De la péricardite sèche, par DIEULAFOY. (*Gaz. hebdomadaire*, 25 octobre.) — Péricardite hémorrhagique (obs. de DUBAR). (*Bull. méd. du Nord*, n° 6.)

Périoste. — De la périostite dite albumineuse, par T.-J. TAKVORIAN. (*Thèse de Paris*, n° 214.) — Périostose *a frigore* du fémur chez un homme de 22 ans, par ALCOCK. (*Med. Times and Gaz.*, vol. I, p. 193.)

Peste. — Note sur la peste de Bagdad, par SPIRIDION LAVITZIANOS (rapport de M. ROCHARD). (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, 2e série, t. VII, n° 45.) — De la

peste et du typhus dans l'Inde, par J. MURRAY. (*Epidemiological Soc.; Med. Times and Gaz.*, p. 597, 1er juin.)

Péritoine. — Recherches anatomiques et cliniques sur les exsudats extrapéritonéaux du bassin de la femme, par SCHLESINGER.(*Med. Jahrb.*, Heft I, p. 77.)

Pharmacologie. — Encyclopédie de matière médicale, par T.-F. ALLEN. (Vol. VII, Londres.) — L'antagonisme des agents thérapeutiques, par M. FOTHERGILL. (*Essay to which awarded the Fothergillian gold medal of the med. Soc. of [London*, in-8°, Londres.) — Notes critiques et pratiques sur la pharmacopée germanique, par E. BILTZ. (In-8°, Erfurt.) — Recherches expérimentales sur l'action physiologique de l'If, par PHILIPEAUX. (*Soc. de biol.*, 8 juin.) — Recherches sur les effets toxiques du Hoang-Nan, par RABUTEAU et PIÉTRI. (*Soc. de biol.*, 22 juin.) — De la pénurie actuelle et du recrutement des aides de pharmacie en Allemagne et surtout en Saxe, par REINHARD.(*Vierteljahrss. f. gericht. Med. u. œff. Sanit.*, n. s.. XXVIII, p. 388, avril.)

Pharynx. — Angine des prédicateurs; maladie folliculaire du pharynx; traitement et hygiène de la voix, par E.-B. SHULDHAM. (In-8°, Londres.)— Maladie de la gorge, par L. BROWN, avec 100 planches coloriées et 50 bois. (In-8°, Londres.)— Cliniques sur les rapports qui existent entre les maladies de la gorge et de la poitrine, par R. HUNTER SEMPLE. (*Med. Times and Gaz.*, 15 et 22 juin.) — Essais sur les maladies de la gorge et de l'oreille; maladies de l'oreille chez l'enfant; affections des amygdales, etc., par L. THOMAS. (In-8°, Londres.) — Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, leur influence sur l'audition, la respiration et la phonation, leur traitement, par LŒVENBERG. (*Gaz. des hôp.*, p. 474.) — Maladies du pharynx dans leur rapport avec celles de l'oreille, par GELLÉ. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 40.) — Des abcès rétro-pharyngiens primitifs chez l'enfant, par JUSTI. (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 25, 1877.) — Sarcome du pharynx et de l'extrémité supérieure de l'œsophage, par S.-H. CHAPMAN. (*American Journal of med. sc.*, octobre 1877.) — Corps étranger du pharynx, une observation, par FISHER. (*The Lancet*, vol. II, p. 679.)

Phimosis. — Du phimosis et de la balano-posthite syphilitiques, par RIZAT. (*Thèse de Paris*, 1877, 5 planches en chromo-lith.) — Phimosis congénital, affections et symptômes qu'il provoque, par KEMPE. (*The Lancet*, vol. II, p. 119.)

Phlegmon. — Adéno-phlegmons profonds de l'aisselle; fistules consécutives de l'utilité de l'immobilisation du membre supérieur, par GOSSELIN. (*Gaz. des hôp.*, p. 219.) — Observation de cellulite pelvienne suppurée, par PARISH. (*American Journal of Obstetrics*, juillet, p. 602.)

Phosphate. — Des phosphates au point de vue de la nutrition : théorie minérale de la consomption, par M. F. ANDERSON. (In-8°, Londres.)

Phthisie. — De l'importance de l'alimentation dans la phthisie, par J. MASSON. (*Thèse de Paris*, n° 360.) — Pathologie de la consomption pulmonaire, par E.-H. GREEN, 3 leçons et 15 planches. (In-8°, Londres.) — Des mesures d'hygiène publique propres à diminuer la fréquence de la phthisie, par Gustave LAGNEAU. Mémoire lu à l'Académie de médecine, le 18 sept. 1877. (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 2e série, XLIX, p. 232 et 385, mars et mai.) — Sur la contagion de la phthisie pulmonaire, par W.-H. WEBB. (*American Journal of med. sc.*, avril.) — Des inhalations d'azote dans la phthisie pulmonaire, communication préalable de TREUTLER (de Blasewitz). (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 12, p. 163, 25 mars.) — Con-

tribution à l'étude clinique de la phthisie aiguë à forme typhoïde, par Dousset. (*Thèse de Paris*, n° 278.) — Clinique sur le pronostic et le traitement de certaines variétés de phthisie, par J.-E. Pollock. (*Med. Times and Gaz.*, 22 juin et 20 juillet.) — Phthisie pulmonaire chronique; mort subite; désintégration de la fibre musculaire du cœur, par Vinay. (*Lyon médical*, 29 sept.) — Hématinurie et albuminurie consécutives à des accès fébriles complets chez un phthisique, par Walter Straug, Royal Infirmary Edinburgh. (*Brit. med. Journ.*, 20 juillet 1878, p. 103.) — Du traitement de la phthisie au début, par J. Milner Fothergill. (*The Practitioner*, sept.) — Leçon clinique sur le traitement de la phthisie, par M. Charteris. (*The Lancet*, p. 229, 18 août 1877.)

Physiologie. — Esquisses de physiologie humaine, par J.-G. M. Kendrick. (In-8°, Londres.) — Travaux de l'Institut physiologique de l'université d'Heidelberg, publiés par W. Kühne. (T. I, 2e fasc., Heidelberg.) — L'enseignement physiologique de jadis et d'aujourd'hui, par Emil. Du Bois-Reymond. (Discours prononcé à l'ouverture du nouvel Institut physiologique de l'université de Berlin, Berlin.) — Traité de physiologie, par Otto Funke. (In-8°, 2e vol., Vienne.)

Pied. — Essai sur les altérations du premier métatarsien, par M. Dubuisson. (*Thèse de Paris*, n° 301.)

Pied-bot. — Ablation de l'astragale chez un adulte dans un cas de pied-bot congénital, par Edward Lund. (*Brit. med. Journal*, 24 août.) — Pied-bot varus-équin traité avec succès par l'ablation de l'astragale, du scaphoïde et du cuboïde, par J.-F. West. (*Brit. med. Journal*, 24 août.) — Pied-bot varus; guérison à l'âge de 11 ans par suite d'une plaie douloureuse qui oblige le patient à ne plus appuyer sur le bord externe, par Mac Donald. (*The Lancet*, vol. I, p. 566.) — Pied-bot varus; l'ablation de l'astragale faite par Lund est mauvaise, par F.-R. Fisher. (*The Lancet*, vol. I, p. 553.) — Traitement du pied-bot par résection des os du tarse; deux opérés présentés au septième congrès de la Société allemande de chirurgie, 12 avril 1878, par Schede et Mensel. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 19, p. 276, 13 mai.)

Placenta. — De l'accroissement du placenta fœtal, par Orth. (*Zeit. für Geburts. und Frauenk.*, Band II, Heft I.) — Cas de rétention morbide du placenta après un accouchement à terme, par Trush (*American Journal o Obstetrics*, juillet, p. 361.)

Plaie. — La part de l'oxygène dans la suppuration, par C. Binz. (*Archiv für path. Anat. und Phys.*, t. LXIII, p. 181.) — Arrachement du pouce avec les tendons du long fléchisseur et du long extenseur; arrachement des nerfs collatéraux; pansement ouaté; guérison rapide sans complication, par Massé. (*Union méd.*, 10 août.) — Plaie considérable avec dénudation des os; guérison en 2 mois, par F. Norburg. (*The Lancet*, vol. I, p. 531.) — Manuel chirurgical du traitement des plaies de guerre, par Esmarch, traduit en anglais par H. Clutton. (In-8°, avec 538 planches, Hanovre.) — Plaie par arme à feu de la partie inférieure de la jambe qui est traversée de part en part; non cicatrisation, nécrose partielle du tibia ; extraction d'une bourre en papier 8 ans après, par Harrisson. (*The Lancet*, vol. II, p. 185.) — Plaie pénétrante du genou, par Rivington. (*Med. Times and Gaz.*, vol. I, p. 588.)

Plèvre. — Note sur les signes physiques de la pleurésie (pectoriloquie aphone), par Guido Baccelli. (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, 2e série, t. VII, n° 37.) — Plaques calcaires résidu d'un ancien épanchement pleurétique, par Goll.

Société des médecins de Zurich, 19 janv. 1878. (*Corr-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, n° 9, p. 271, mai.) — Ossifications pleurales, par RAHN-ESCHER. *Société des médecins de Zurich*, 19 janvier 1879. (*Idem*, p. 272.) — Kyste pleural droit pris pour un kyste du foie : concrétions ostéo-cartilagineuses de la plèvre gauche : sclérose du poumon, dilatation du cœur droit, péritonite adhésive par HENROT. (*Notes de clinique médicale*, p. 51, Reims, 1877.) — Nouveau fait de pleurésie enkystée guérie ayant longtemps simulé la phthisie pulmonaire, par R. SAINT-PHILIPPE. (*Journal de méd. de Bordeaux*, n° 6.) — Résumé d'une leçon clinique faite sur des cas de pleurésie, par GEO-JOHNSON. (*The Lancet*, 8 décembre 1877, p. 834.) — Du traitement de la pleurésie et de l'empyème, par D.-M. WILLIAMS, de Liverpool. *Society of the college of physicians, in Ireland*. (*Brit. med. Journ.*, 13 juillet 1878, p. 80.) — Cancer de la plèvre et de l'utérus, par W. DARRACH. (*Philadelphia med. Times*, 31 août.)

Pneumothorax. — Note sur un cas de pneumothorax double, par DUGUET. (*France médicale*, n° 49.) — Considérations sur quelques cas de pneumothorax double, par E.-A. MÉCHAIN. (*Thèse de Paris.*) — Pneumothorax chez un nouveau-né, par C. RUGE. (*Zeits. für Geburts. und Frauenk.*, Band II, Heft I, p. 31.)

Poil. — Le poil humain ; ses variétés d'aspect ; leur signification en médecine judiciaire, par H. JOANNET. (In-8°, Paris.) — Note sur une famille d'hommes velus, par W. STRICKER, 1 figure. (*Arch. für path. Anat. und Phys.*, t. LXXIII, p. 622.)

Pouls. — Influence de l'attitude sur la tension sanguine et sur le pouls, par ZYBULSKI. (*Petersb. med. Wochensch.*, n° 14.) — Pouls paradoxal dans un cas d'adhérence ancienne de péricarde, par BARTHOLD. *Société générale des médecins de Cologne*, 15 janvier 1877. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 81, p. 109, 25 février.)

Poumon. — Pneumonie embolique, par GUITÉRAS. (*Philadelphia med. Times*, 14 septembre.) — Résonnance amphorique dans la pneumonie, par NIXON, (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 345, octobre.) — Remarques sur 125 cas de pneumonie et de pleurésie, par JACUBASCH. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 8, p. 100, 25 février) — Congestion pulmonaire et souffle bronchique ; distinction importante entre le souffle de la pneumonie et celui de la congestion pulmonaire. Leçon de POTAIN (*Gaz. des hôp.*, n° 124.) — Du diagnostic étiologique de la pneumonie au moyen de la mensuration thermique, déductions thérapeutiques. Observations cliniques, par Robert DE LATOUR. (*Union médicale*, 26 octobre-5 novembre.) — Cas de pneumonie massive de nature tuberculeuse chez un enfant de 3 ans 1/2, par H. MARTIN. (*France médicale*, 19 octobre.) — Note sur les trois cas de pneumonie compliquée d'ictère avec altération du foie, par M. BONNET. (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, septembre.) — Pneumonie : son traitement par le tartre stibié à haute dose. Leçon de HARDY. (*Gaz. des hôp.*, n°s 71 et 73.) — Des pneumonies chroniques (cirrhoses du poumon) : Leçons professées à la Faculté de Paris, 1877-1878, par CHARCOT, résumées par BALZER ; *Revue générale*. (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, octobre.) — Lympho-sarcome du médiastin et du poumon, par JANEWAY. (*New York med. Journal*, juin.) — Cirrhose du poumon, endartérite déformante, par FINNY. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 267. septembre.) — Diagnostic des plaies du poumon par coup de feu, par J. DOLLINGER. (*Archiv f. klin. Chirurgie*, vol. XXII, fasc. 3, p. 704.) — Processus histologique de la réparation des plaies du poumon et des plèvres, par H. HADLICH. (*Idem*, vol. XXII, fasc. 4, p. 842.)

Pression. — Mensuration manométrique et abdominale après les ponctions, par LEYDEN. (*Charité-Annalen* de 1876, p. 264.)

Prostate. — Hypertrophie de la prostate : deux tumeurs pédiculées du volume d'une noix chaque, font saillie dans la vessie, par TEEVAN. (*The Lancet*, vol. II, p. 582.) — De la prostatorrhée et des rétrécissements de l'urèthre, par S.-W. GROSS. (*Philadelphia med. Times*, 29 septembre.)

Prurigo. — Contribution à l'étude du prurigo, par J. DURAND. (*Thèse de Paris*, 1877.)

Psammome. — 3 cas de psammomes encéphaliques (anatomie pathologique), par O. FESTER. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 8, p. 97, 25 février.)

Pseudarthrose. — Pseudarthrose du fémur. Hypertrophie des fragments, extension continue, par LISTER. (*Med. Times and Gazette*, vol. II, p. 458.) — Fracture compliquée de jambe ; pseudarthrose. Injections d'acide lactique dans la pseudarthrose, massage, exercices de marche. Guérison, par BIDDER (*Deutsche med. Wochensch.*, n°s 20-22.) — Fracture du tibia ; pseudarthrose déterminée par la présence entre les fragments osseux du tendon du jambier antérieur. Réduction du tendon ; résection sous-périostée des surfaces fracturées, suture au catgut du périoste ; appareil plâtré. Guérison, par SCHULLER. (*Deutsche med. Wochensch.*, n° 9.)

Psoriasis. — Étude sur le psoriosis buccal, par Léon SIMON. (*Thèse de Paris*, n° 330.) — Sur la nature et l'histologie pathologique du psoriasis, par ROBINSON. (*New York med. Journal*, juillet.) — Traitement efficace de 6 cas de psoriasis chronique par la pommade à l'acide chrysophanique, au 40e, par Ogilvie WILL (*Brit. med. Journ.*, p. 856, 15 juin 1878.)

Ptérygion. — Histologie du ptérygion, par W. GOLDZIÉHER. (*Centralbl. f. Augenheilk.*, II, p. 2.)

Pupille. — Sur les mouvements de la pupille, par P. PICARD. (*Gaz. des hôp.*, p. 741.)

Purpura. — Purpura hémorrhagica sans taches purpurines sur la peau et ayant simulé une fièvre typhoïde. Mort. Autopsie, par WIDAL. (*France médicale*, 2 août.) — Purpura syphilitique et iodique, par S. MACKENZIE. (*Roy. med. and chir. Soc.; Med. Times and Gaz*, p. 626, 8 juin.) — Enfant âgé de 5 mois succomba à un purpura hémorrhagique 68 heures après avoir pris 2 1/2 grains d'iodure. — Remarques sur le purpura rhumatismal, par Robert LIVEING. (*The Lancet*, 1877, p. 30, 1er septembre.)

Purgatif. — Sur l'action physiologique des purgatifs, par BRIEGER. (*Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol.*, Bd. VIII, Heft 4 et 5, p. 355.)

Puerpéral (état). — Note sur quelques causes de l'intoxication puerpérale, par HERVIEUX. *Société méd. des hôpitaux.* (*Union médicale*, 12-17 octobre.) — Pathologie et thérapeutique de l'état purpéral, par F. WINCKEL. (3e édition revue, Berlin.) — De l'état puerpéral, ses inflammations, par ROPER. (*The Lancet*, vol. I, p. 873-898.) — De la fièvre puerpérale, par A.-S. MECLEAN. (*Boston med. and surg. Journ.*, 21 février.) — Des accidents puerperaux observés à l'hôpital Beaujon pendant le 1er semestre de 1878, par A. CHEVANCE. (*Thèse de Paris*, n° 303.) — De la fièvre puerpérale rémittente septicémique (confirmation des expériencees de Dr Espine), par Joseph JOHNSTON. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 233, septembre.) — Contribution à l'étude du tétanos puerpéral consécutif à l'avortement, par F. COLLONGUES. (In-8°, 60 pages, Paris.) — Observation de convulsions puerpérales, avec remarques, par G. SWAYNE. (*The obstet. Journal*, n° 62.) — Sur la lactosurie,

par HOFMEISTER. (*Zeitsch. f. phys. Chemie*, t. I, et *Bull. gén. de thér.*, t. XCV, p. 401.) (Altération de l'urine chez les femmes en couches, caractérisée par la présence de la lactose.)

Pyohémie. — Cas de pyohémie chronique chez une fille de 10 ans, due probablement à une otite interne ; arthrites multiples, eschares multiples, désordres secondaires de la nutrition. Traitement, salicine, quinine et bains phéniqués. Guérison, par GREENFIELD. (*Med. Times and Gaz.*, 22 juin.) — Pyohémie, température très-élevée, amélioration par les bains froids. Mort, par BRYANT. (*The Lancet*, vol. I, p. 900.) — Méthode opératoire pour combattre la pyohémie au début, par H. KRAUSSOLD. (*Arch. f. klin. Chirurgie*, vol. XXII, fasc. 4, p. 965.)

Q

Quinine. — Recherches sur la quinine éliminée par les urines, par PERSONNE. (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, 2e série, t. VII, n° 35.) — De la roséole quinique, par GRELLETY. (*France médicale*, 14 septembre.)

R

Rachis. — Tumeur congénitale de la région sacrée, par A. MENZEL. (*Arch. f. klin. Chirurgie*, vol. XXII, fasc. III, p. 691.) — Des changements de forme de la cage thoracique, résultant des incurvations latérales du rachis, par George JOHNSON. (*Brit. med. Journ.*, 6 juillet 1878, p. 4.) — Cancer primitif de la région lombo-sacrée, difficultés du diagnostic, par NORTON. (*The Lancet*, vol. II, p. 649.)

Rachitisme. — Traitement des incurvations rachitiques des os, par A. CECCHERELLI. (*Lo Sperimentale*, F., 5 mai.)

Rage. — Du traitement de l'hydrophobie par le curare en injections hypodermiques. (*Boston med. and surg. Journ.*, 7 mars.) (Résumé d'autres travaux. — Observation d'hydrophobie recueillie dans la pratique privée, par John M.-H. MARTIN. (*The Lancet*, p. 424, 22 septembre 1877.) — Observation d'hydrophobie, par Geo. RIGDEN. (*The Lancet*, p. 423, 22 septembre 1877.) — Observation d'hydrophobie ; mort le septième jour, par Russell STEELE. Avec des remarques, par Dyce DUCKWORTH. (*The Lancet*, p. 421, 22 septembre 1877.) — Est-ce l'hydrophobie ou une maladie qui lui ressemble ? par Hugh NORRIS. (*The Lancet*, p. 420, 22 septembre 1877.) — Etiologie de l'hydrophobie, par Alf. GINDERS. (*The Lancet*, p. 568, 1877.) — Hydrophobie, son histoire et son traitement, par Andrew WILSON. (*Edinb. med. Journ.*, p. 207, septembre.) — Contribution à l'étude de la rage chez l'homme ; ses lésions nerveuses ; conduite à tenir dans la période d'incubation et dans la rage confirmée, par R. ARANGO. (*Thèse de Paris*, n° 403.) — Observation d'hydrophobie recueillie en Chine, par sir William R.-E. SMART. (*The Lancet*, p. 565, 20 octobre 1877.) — Observation d'hydrophobie, par James ADAMS. (*The Lancet*, p. 567, 20 octobre 1877.) — Note sur un cas d'hydrophobie, par R.-H. COOMBS. (*The Lancet*, p. 568, 20 octobre

1877.) — Note sur l'analyse de l'urine d'un homme atteint d'hydrophobie, par A. Robin. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 40.)

Rate. — De la rupture de la rate par action musculaire, par Sidney Stone, (*Brit. med. Journ.*, 28 septembre.)

Rectum. — Prolapsus rectal, par A. Jacobi. (*Philadelphia med. Times.* 14 septembre.) — Prolapsus du rectum datant de l'âge de 12 ans chez une femme de 20 ans. Cautérisations successives en raies avec le thermo-cautère. Il ne fallut pas moins de 5 séances en 3 mois pour amener une guérison presque complète, par Bryant. (*The Lancet*, vol. II, p. 438.) — Un cas de déchirure du rectum, par Pooley. (*New-York med. Journ.*, septembre.) — Un cas d'amputation du rectum, par Reyes. (*New-York med. Journal*, juillet.) — Rétrécissement fibreux du rectum avec fistule. Essais infructueux de dilatation, incision de tous les tissus jusqu'à la fistule, par B. Cantab. (*The Lancet*, vol. I, p. 788.) — Rétrécissement membraneux du rectum, ulcérations folliculaires de cet intestin ; perforation, passage d'un lavement dans la cavité péritonéale; mort, par L. Bauer. (*Saint-Louis clin. Record*, octobre 1877.) — Tumeur stercorale du rectum et de l'S iliaque chez une enfant de 11 ans. Diarrhée depuis plus de trois mois; état général grave. Tumeur dans la fosse iliaque et au périnée, extraction des matières fécales. Guérison. La cloison recto-vaginale est excessivement mince, la périnée n'existe presque plus, par Chambers. (*The Lancet*, vol. II, p. 540.) — Extirpation du rectum faite en partie par le thermo-cautère, dans un cas de néoplasie fibreuse, par F. Rizzoli. (*Memorie dell' Accademia di Bologna*, vol. VIII, 1877.) — Cancer du rectum ; cancer secondaire du foie, par Blumenthal. (*New York med. Journ.*, juin.) — Un cas d'épithélioma du rectum, par Pooley. (*New York med. Journ.*, septembre.) — Rétrécissements cancéreux du rectum. 3 observations : dans la 1re, mort 12 jours après l'opération par hémorrhagie intra-péritonéale non justifiée. Dans la 2e, deux rétrécissements à des hauteurs différentes. (*Med. Times and Gaz.*, vol. I, p. 277.) — 3 cas avec colotomie, par Reeves. (*Idem*, vol. I, p. 223.) — Dangers du tube d'Obeirne dans le cas de rétrécissement, par Stuart Nairne. (*The Lancet*, vol. I, p. 382.) — Epithéliome du rectum, extirpation au bistouri, guérison. (Une incision médiane allant de l'intestin au coccyx simplifie beaucoup les manœuvres ultérieures, par Harrison Cripps. (*The Lancet*, vol. II, p. 292.) — Tumeur maligne de la fosse ischio-rectale, par Verneuil. (*Gaz. des hôp.*, 18 juillet.)

Rein. — Abcès du rein traité avec succès par l'aspiration ; 2 ponctions, par Lucas. (*The Lancet*, vol. II, p. 437.) — Rein unique, disposé en fer à cheval, par Finny. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 263, septembre.) — Physiologie de l'épithélium sécrétant des tubes contournés du rein, par Edes. (*Boston Soc. of. med. sc.; Boston med. and surg. Journ.*, 11 avril.) — Contribution à la pathologie des reins et de l'urine, par H. Senator. (*Arch. f. path. Anat. u. Phys.*, t. LXIII, p. 1.) — Un cas de néphrite, par Cantani. (*Il Morgagni*, mai.) — Néphrite parenchymateuse chronique, par S. Magraner. (*La Crónica médica*, Valence, n° 15.) — Des troubles de la fonction glycogénique du foie comme causes de maladie de Bright, par Gouverneur M. Smith. (*Amer. Journ. of med. sc.*, avril.) — Un cas de mal de Bright (variété cirrhotique), par Loomis. (*New-York med. Journ.*, septembre.) — Cancer kystique alvéolaire du rein droit pris pour un cancer kystique alvéolaire du foie, par Henrot. (*Notes de clin. médic.*, p. 56, Reims, 1877.) — Des tumeurs lympho-sarcomateuses des capsules surrénales, par P.-H. Pye-Smith. (*Brit. med. Journ.*, p. 99, 1877.)

Résection. — Volumineux chondrome hyalin du maxillaire inférieur; résec-

tion de la moitié de cet os, guérison, par G. LAWSON. (*The Lancet*, I, p. 820.) — Contribution à l'étude des résections sous-périostées de l'épaule, par E. TACHARD. (*Revue méd. de Toulouse.*) — Ablation de l'omoplate pour une tumeur cancéreuse. Guérison, avec conservation d'un bras utile, par George A. PETERS. (*Amer. Journ.*, p. 100, juillet.) — Deux observations de résection sous-périostée de la tête humérale pour carie, avec guérison, par Eug. BŒCKEL. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 8.) — Résection traumatique de l'omoplate suivie de guérison chez un enfant, par KNAUTH. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 11, p. 152, 18 mars.) — Carie de la tête humérale; résection, par R.-J. LEVIS. (*Philadelphia med. Times*, 17 août.) — Résection sous-périostée de l'extrémité supérieure du cubitus ; guérison, par FAGAN. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 262, septembre.) — Tumeur blanche du coude; résection de l'articulation, par GALLOZZI. (*Il Morgagni*, Naples, juin.) — Résection du coude (Malade revu 8 ans après), par MAUNDER. (*The Lancet*, vol. I, p. 935.) — Allongement anormal du radius à la suite d'une nécrose chez une fillette de 7 ans; excision cunéiforme de la portion saillante de l'os, pour rétablir les fonctions du membre. Opérée présentée, par Paul GUETERBOCK, au VIIe congrès de la Société allemande de chirurgie, 12 avril 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 19, p. 276, 13 mai.) — Remarques sur la résection des os du tarse dans le pied-bot, par J.-F. WEST. (*Brit. med. Journ.*, 2 novembre.) — Résection successive des deux articulations, à 4 mois d'intervalle, chez un homme de 45 ans, pour double arthrite fongueuse avec flexion angulaire. Guérison rapide, par J. BARRON. (*The Lancet*, vol. II, p. 324.) — Carie de l'articulation tibio-tarsienne. Résection de l'astragale, par R.-J. LEVIS. (*Philadelphia med. Times*, 17 août.) — Résection tibio-tarsienne; guérison, par Morrant BAKER. (*Brit. med. Journal*, 21 septembre.) — Les résections partielles ou totales pratiquées sur les os de la deuxième rangée du tarse et sur l'articulation tarso-métatarsienne, par L. GAILLEMIN. (*Thèse de Nancy.*) — De la résection de la tête fémorale par l'incision longitudinale antérieure de Schede. Discussion du VIIe congrès de la Société allemande de chirurgie, 12 avril 1878 : HUETER. VON LANGENBECK, PETERSEN, PAULY. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 19, p. 276, 13 mai.) — Résection du genou, par George FENWICK. (*Trans. of the Canada med. Associat.*, I, p. 210, 1877.)

Respiration — Manuel des affections de l'appareil respiratoire : I. Trachée et Bronches, par Fr. RIEGEL et O. FRANTZEL, 2e édition (c'est la 2e partie du t. IV de l'*Encyclopédie Ziemssen*, Leipzig). — Respiration artificielle par pression directe sur les parties latérales du thorax, par B. HOWARD. (*The Lancet*, vol. I, p. 748, et 883.)

Rétine. — Fixation des images sur la rétine, par Victor TIXIER. Rapport de Giraud-Teulon. (*Bullet. de l'Académie de méd.*, 2e série, t. VII, n° 32.) — Contribution à l'étude du sommeil hibernal des marmottes. Le rouge rétinien, par G. VALENTIN. (*Moleschott's Unters. zur Naturlehre*, XII.) — De l'irritation rétinienne, par S.-D. RISLEY. (*Philadelphia med. Times*, 17 août.) — Gliome de la rétine avec métastase multiple, par HOSCH. (*Klin. Monats. f. Augenheilk.*, XVI, p. 114.) — Contribution à l'histoire du gliome de la rétine, par V. SANTARNECCHI. (*Annali di Ottalmol.*, *anno VII*, I, p. 19.) — Encéphaloïde de la rétine et du nerf optique, par ARMAIGNAC. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 11.) — Névro-rétinite ; hémorrhagie dans la rétine; apoplexie, par AMIDON. (*New York med. Journ.*, juillet.) — Un cas de névro-rétinite consécutive à une inflammation de la dure-mère, par HUBBARD. (*New York med. Journ.*, septembre.) — Observation de rétinite glycosurique, avec autopsie et commentaire, par Stephen MACKENZIE. (*Ophth. hosp. Rep.*, IX, 2, p. 134.) — Notes cliniques, avec observations,

sur la rétinite pigmentaire, les choroïdites exsudatives et atrophiques, etc., par NETTLESHIP. (*Ophthalm. hosp. Reports*, vol. IX, 1877.) — Rétino-choroïdite palustre, par F. PONCET. (*Soc. de biologie* et *Gaz. méd. de Paris*, n° 32.) — Effets de la strychnine sur la rétine et le nerf optique, par VAN DER LAAN. (*Period. de Ophthalm. pract.*, n° 1, janvier.)

Rhumatisme. — Notes sur le rhumatisme, par J. POLLOCK. (In-12, Londres.) — Des complications pleuro-pulmonaires du rhumatisme articulaire aigu, par T. VASQUEZ. (*Thèse de Paris*, n° 417.) — Rapport de Verneuil sur trois observations de Vedrènes, intitulées: 1° attaque de rhumatisme articulaire aigu à la suite de l'introduction d'une sonde cannelée dans une fistule anale chez un sujet arthritique; 2° accès d'asthme avec orthopnée succédant à une fracture de l'avant-bras chez un asthmatique; 3° ataxie locomotrice consécutive à la ligature de deux petites tumeurs hémorrhoïdales. (*Soc. de chirurgie*, 30 janvier.) — Rhumatisme polyarticulaire aigu guéri rapidement par le nitrate de potasse à haute dose, par P. MACIEL. (*Revista medica do Rio de Janeiro*, novembre 1877.) — Remarques sur une observation de rhumatisme cérébral avec hyperpyrexie, par Th. CASH. (*Edinb. med. Journ.*, p. 234, septembre.) — Remarques cliniques sur le rhumatisme, par Julius POLLOCK. (*The Lancet*, p. 529 et 563, 13 et 20 octobre 1877). — Rhumatisme aigu, suivi de la nécrose des tibias et du radius gauche, pendant le traitement par la salicine et l'acide salicylique, par G.-H. LILLEY. (*The Lancet*, p. 605, 27 octobre 1877.) — Cas de fièvre rhumatismale heureusement arrêtée en cinq jours par l'usage de la salicine, par K.-N. MACDONALD. (*The Lancet*, p. 604, 27 octobre 1877.) — Notes sur le rhumatisme, par J. POLLOCK. (In-8°, Londres.) — Contribution à l'étude du rhumatisme articulaire aigu et de quelques-unes de ses complications, par F. BERNARD. (*Thèse de Paris*, n° 413.) — Rhumatisme, abcès aigu de l'articulation coxo-fémorale. Guérison, par LISTER. (*Med. Times and Gaz.*, vol. II, p. 458.) — Traitement du rhumatisme articulaire par l'acide benzoïque, par SENATOR. (*Wiener med. Presse*, n° 41.) — Notes sur des cas de fièvre rhumatismale traités par l'acide salicylique, par Alfred KEBBELL. (*The Lancet*, p. 645, 3 novembre 1877.)

Rougeole. — Les lois qui gouvernent la mortalité dans la rougeole, par H. C. FOX. (*Med. Times and Gaz.*, 20 juillet.) — Organismes dans la rougeole, par BRAIDWOOD. (*Path. Soc.; Med. Times and Gaz.*, p. 573, 25 mai.) — Nécrose du maxillaire supérieur, consécutive à la rougeole, chez une jeune femme, par LYONS. *Association of surgeons practising dental surgery*. (*Brit. med. Journ.*, p. 844, 8 juin 1878.)

S

Sages-femmes. — Circulaire du ministère prussien des affaires médicales concernant le nouveau traité à l'usage des sages-femmes, 20 avril 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 18, p. 262, 6 mai.)

Salicylique (acide). — Traitement par le salicylate de soude du rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant, par E. GUINOISEAU. (*Thèse de Paris*, n° 324.) — Salicylate de soude contre la migraine (2 grammes dans un demi-verre d'eau sucrée à prendre d'un coup au début des accès), par SCHAETZKE (de Sonneberg). (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 15, p. 213, 15 avril.) — Traitement par l'acide salicylique, par D.-R. JONES. (*The Lancet*, 27 octobre

1877, p. 607.) — De l'acide salicylique comme antiseptique et antipyrétique, par E. PRIDEAUX. (*The Practitioner*, septembre.) — Sur la courbe de solubilité de l'acide salicylique dans l'eau, par BOURGOIN; rapport de PERSONNE. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 2e série, t. VII, n° 35.)

Salivaire. — Nouvelles communications sur les glandes en tubes des glandes salivaires, par J. BERMANN. (*Würzburg. phys. med. Sitzungsber.*, 15 juin.)

Saignée. — Les émissions sanguines, les toniques et les antiphlogistiques, par JOUGLA. (*Toulouse*, 1878.)

Sang. — Sang : anatomie et physiologie, par CARLET; caractères physico-chimiques, par DUCLAUX; pathologie générale, par A. GUBLER et RENAUT; médecine légale, par G. TOURDES. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, IIIe série, t. VI, 2e partie.) — Note sur la détermination de l'alcalinité du sang chez l'homme, par R. LÉPINE. (*Soc. de biol.*, séance du 9 mars, et *Gaz. méd. Paris*, n° 12.) — De la numération des globules du sang à l'état normal et à l'état pathologique chez les adultes et chez les enfants, par BOUCHUT et DUBRISAY. (*Gaz. méd.*, p. 168.) — De la numération des globules sanguins et des effets du fer et du phosphore sur la composition du sang, par W.-R. GOWERS. (*The Practitioner*, juillet.) — Filaire du sang humain (arrivée à maturité) trouvée dans un caillot de sang d'un éléphantiasis nævoïde du scrotum, par Timothy LEWIS. (*The Lancet*, 29 septembre 1877, p. 453.) — De l'hémoglobinurie paroxystique, par V. ROSSEM. (*Dissert.*, Amsterdam, 1877.)

Sarcome. — Extirpation d'un sarcome de la région sous-claviculaire droite, par GALLOZZI. (*Il Morgagni*, Naples, juin.) — Sarcome infiltré du membre inférieur droit chez un enfant, par GRAWITZ et SCHADEWALD. (*Centralzeit. f. Kinderheilk.*, n° 8.) — Ostéo-sarcome du fémur. 1 observation avec dissection de la pièce, par WEST. (*The Lancet*, vol. II, p. 217.) — Fibro-sarcome de la cuisse datant de six ans, guérison par l'opération (aucun détail sur le siége exact et les connexions), par RUSSELL. (*Idem*, vol. II, p. 293.) — Cas de sarcome du pancréas, du foie et de la vésicule biliaire, par INGALLS. (*Boston med. and surg. Journ.*, 9 mai.)

Saturnisme. — Etude sur la goutte saturnine, par DURAND. (*Thèse de Paris.*) — Amblyopie saturnine passagère, par LEDIARD (*Med. Times and Gazette*, vol. II, p. 217.) — Troubles visuels dans l'intoxication saturnine (appendice), par GALEZOWSKI. (*Recueil d'ophthalmologie*, p. 79.) — Sur deux faits, l'un de paralysie saturnine, l'autre de paralysie spinale atrophique subaiguë des adultes, par M. BERNHARDT. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 18, p. 252, et n° 19, p. 273, 6 et 13 mai.)

Scarlatine. — Circulaire du département sanitaire de Bâle, relativement à la scarlatine (prohibition de fréquenter les écoles pour tous les enfants au-dessous de 13 ans, frères ou sœurs de scarlatineux, durant un laps de 3 semaines; même défense pour les parents de scarlatineux qui sont instituteurs). (*Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, n° 9, p. 274, 1er mai.) — Incubation de la scarlatine et de quelques autres maladies, par MURCHISON. *Clinical Society of London.* (*Brit. med. Journ.*, 29 juin 1878, p. 947.) — Scarlatine avec miliaire. Traitement hydrothérapique, guérison, par ROTH. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 7.) — Scarlatine avec amaurose, par J. FLÖGEL. (*Prager med. Wochensch.*, III, n° 3.) — Sur la néphrite scarlatineuse, par Alberto RIVA. (*Rivista clin. di Bologna*, juillet et août.

Sclérodermie. — Cas de sclérodermie, par M. Coll ANDERSON. (*Brit. med.*

Journ., p. 812, 1877.) — De la sclérodermie, par HILLAIRET. (*Progrès médical*, 26 octobre.) — De la sclérodermie chez l'adulte, par CASPARI. (*Deutsche med. Wochensch.*, n° 12.) — De la sclérodermie spontanée, par VIDAL. (*Gaz. des hôp.*, n° 118.)

Scorbut. — Deux cas de scorbut sporadique, par Ch. LEROUX. (*France médicale*, 14 août.)

Scrofule. — Scrofule dans ses rapports avec une mauvaise aération, par OWEN et CHEADLE. (*The Lancet*, vol. II, p. 172 et p. 236.)

Seigle. — De l'action physiologique et thérapeutique de l'ergot de seigle, par J.-H. PETON. (*Thèse de Paris*, n° 318.) — Sur l'emploi du seigle ergoté en obstétrique, par BENICKE, et discussion consécutive : SCHRŒDER, SOLGER, ODEBRECHT, KOCH, EBELL. MARTIN, ROESELER. *Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin*, 11 décembre 1877. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 11, p. 153, 18 mars.)

Sens. — Recherches sur la notion du lieu et ses rapports avec la représentation de l'espace, par S. STRICKER. (*Sitz. d. k. Akad. d. Wissens. Wien.*, p. 283, 1877.) — Physiologie du sens de lieu de l'extrémité supérieure, par F. KLUG. (*Arch. f. Anat. u. Phys.*, p. 275, 1877.) — Etude de l'hyperesthésie, par W. KOCH. (*Idem*, p. 475, 1877.)

Serpent. — De la morsure de la vipère et de son traitement, par L. MASLIEURAT-LAGEMARD. (In-8°, Guéret.)

Souffle. — De la position et du mécanisme du souffle hémique, par George W. BALFOUR. (*The Lancet*, 15 septembre 1877, p. 383.) — Observation de souffle extra-cardiaque, par PATEL. (*Lyon médical*, 8 septembre.) — Du double ton de l'artère crurale et du ton des veines crurales, par FRIEDREICH. (*D. Arch. f. kl. Med.*, p. 205.) — Observations sur le double ton et le double bruit de l'artère crurale, par BAMBERGER. (*Idem*, p. 440.)

Sourd-muet. — Education des sourds-muets, par L. TURNBULL. (*Philadelphia*, 1877.)

Spina bifida. — Cas de spina bifida lombaire, guéri au moyen de la ligature élastique, par N. CAVAGNIS. (*Annali Universali di Medicina e chirurgia*, juillet.)

Sperme. — Un cas de spermatorrhée guéri par la taille, par POOLEY. (*New York med. Journal*, septembre.) — Nouveau procédé pour la recherche des spermatozoïdes dans l'urine, par ROUVIÈRE. (*Journ. de pharmacie et de chimie*, T. XXVIII, p. 318.)

Spectre. — De l'analyse spectrale quantitative, par VIERORDT. (*Zeitschr. f. Biol.*, XIV Bd, 1 Hft.)

Station. — La ville de Manitou dans le Colorado (Etats-Unis d'Amérique), envisagée comme une station pour les phthisiques, par Hermann WEBER. (*The Lancet*, 4 août 1877, p. 156.) — Davos (Grisons) considéré comme station sanitaire, par Clifford ALLBUTT. (*Idem*, 20 et 27 octobre 1877, p. 575 et p. 614.) — Les conditions météréologiques de Davos, par W. STEFFEN. (Bâle.) — La principauté de Monaco considérée comme station sanitaire, par KUNEMANN. (Paris, 1877.)

Stérilité. — Etude anatomo-pathologique de la stérilité, par BEIGEL. (In-8°, Braunschweig.)

Strabisme. — Strabisme convergent, époque à laquelle il convient d'opérer les enfants (de 4 à 7 ans), par ADAMS. (*The Lancet*, vol. II, p. 212.)

— Strabisme convergent double très-prononcé. Section du droit interne, résection d'une portion du droit externe, guérison parfaite, par M. Coates. (*Idem*, vol. I, p. 718.) — Notes sur un cas de strabisme, traitement, réflexions, par W.-S. Little. (*Philadelphia med. Times*, 3 août.)

Sueur. — Du rapport qui existe entre la température périphérique pendant la période de sueur, par F. Niesse. (*Dissert. Berlin*, 1877.) — La sécrétion de la sueur, par Alb. Adamkiewicz. (Berlin.) — De l'emploi du sulfate d'atropine contre les sueurs pathologiques, par Royet. (*Thèse inaug.*, 1877.)

Sympathique. — Altérations du sympathique dans la paralysie pseudo-hypertrophique et dans l'anémie pernicieuse progressive, par Brigidi. (*L' Imparziale*, 28 février.) — Pertes de la vue et de l'ouïe d'un côté avec hémicranie, par suite d'une paralysie du sympathique, par G. Kispert. (*El Siglo médico*, Madrid, 3 mars.)

Syphilis. — Etude critique sur l'influence de la syphilis sur la marche des plaies par armes de guerre, par Düsterhoff. (*Archiv f. klin. Chirurgie*, vol. XXII, fasc. 3, p. 637 et p. 901.) — Leçons sur la syphilis, par Denis-Dumont. (*Année méd. de Caen et du Calvados.*) — Anatomie pathologique de la syphilis infantile héréditaire, par Parrot. (*Progrès médical*, 10 août.) — Syphilis héréditaire; lésions osseuses et pulmonaires, par A. Jacobi. (*Philadelphia med. Times*, 14 septembre.) — De la transmission héréditaire de la syphilis, par Baldwin. (*Idem*, 17 août.) — De la syphilis contractée dans un âge avancé, par Sigmund. (*Wien. med. Woch.*, juin et juillet.) — Syphilis chez les marins (gravité, contagion), par Lowndes. (*Med. Times and Gazette*, vol. I, p. 458 et p. 561.) — Des syphilis ignorées, par Fournier. (*Gaz. des hôp.*, n° 92.) — De la syphilisation, par Garland, Wigglesworth, Bowditch. (*Boston Soc. for. med. observation; Boston med. and surg. Journ.*, 28 mars.) — Un cas de réinfection syphilitique, par V. Tanturri. (*Il Morgagni*, mai.) — Réinfection syphilitique, par Douaud. (*Journal de méd. de Bordeaux*, n° 14.) — Syphilis cérébrale, par Celso Pellizari. (*Lo Sperimentale*, n°s 9 et 11, 1877, et *Gaz. méd. de Paris*, p. 542, 1878.) — Syphilis cérébrale, par Post, Wigglesworth, Webber, etc. (*Boston med. and surg. Journ.*, 30 mai.) — Leçons sur l'encéphalopathie syphilitique, artérite syphilitique, par Seguin. (*New York med. Journ.*, septembre.) — Essai clinique sur l'hémiplégie syphilitique, par Paul Hellet. (*Th. Paris*, n° 378.) — Un cas d'épilepsie syphilitique, par Choquet. (*France médicale*, 17 août.) — Sur un cas d'hémiplégie intermittente syphilitique guéri par les frictions mercurielles, par Bernheim. (*Revue méd. de l'Est*, 15 juin.) — Hémiplégie incomplète droite, névrite optique double, obstruction passagère de l'artère humérale droite, chez une jeune femme de 18 ans, syphilitique, guérison de tous ces accidents par le traitement anti-syphilitique, par Buzzard. *Clinical Society of London*. (*Brit. med. Journ.*, 1er juin 1878, p. 802.) — De quelques phénomènes nerveux pouvant survenir chez la femme dans la période secondaire de la syphilis, par J.-B. Loubat. (*Th. Paris*, 1877.) — De la syphilis secondaire anomale ou maligne, leçon de M. Besnier. (*Gaz. des hôp.*, n°s 102 et 103.) — Sur l'affection cutanée dite syphilide pigmentaire, par Geo-Henry Fox. (*Am. Journ. of med. sc.*, avril.) — Syphilide pigmentaire. Communication faite à la Société médicale de Londres, par C.-R. Drysdale. (*The Lancet*, 17 novembre 1877, p. 730.) — Des lésions syphilitiques de la langue (clinique de Zeizsl, à Vienne). (*Wiener med. Pr.*, n° 43 et suivants.) — Des lésions syphilitiques de l'épiglotte, de sa destruction partielle ou complète, par H. Klemm. (*Arch. d. Heilk.*, XIX, n° 1.) — Eruption syphilitique à forme rare, con-

sécutive à un chancre amygdalien, leçon de HARDY. (*Gaz. des hôp.*, n° 105.) — Lésions syphilitiques de la plèvre et du poumon, par W.-H. WARDER. (*Philadelphia med. Times*, 31 août.) — Lésions syphilitiques des capsules surrénales, du pancréas, du foie, des poumons et de la peau, par Fr. CHVOSTEK. (*Wiener med. Wochensch.*, n° 33.) — De la phthisie syphilitique, par Reginald E. THOMPSON. (*The Lancet*, 15 septembre 1877, p. 386.) — Gomme syphilitique du cartilage tarse, par Stedman BULL. (*New York med. Journal*, septembre.) — Adénopathie, troubles digestifs, anémie, pseudo-paralysie, chez les enfants syphilitiques, par PARROT. (*Progrès médical*, 22 juin.) — Essai sur le traitement de la syphilis tertiaire par les eaux minéro-thermales de Barèges, par L.-H. LAFOUNT. (*Thèse de Paris*, n° 380.) — Du traitement de la syphilis constitutionnelle et des accidents mercuriels par les bains sulfureux, notamment à Aix-la-Chapelle, par A. REUMONT. (2e édition, Berlin.) — Du traitement de la syphilis constitutionnelle, par O. ZIEMSSEN. (Leipzig.) — Du traitement de la syphilis par les injections hypodermiques, par EHRHAND. (*Diss. inaug.* Würzburg, 1877.) — Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de peptone mercurique, par OBERLNÆDER. (*Deutsche Zeits. f. prakt. Med.*, n° 13.) — Des injections hypodermiques dans le traitement de la syphilis, par BERTRAND. (*Diss. inaug.*, Bonn.)

T

Tænia. — Le tænia inerme et ses migrations, nouvelles expériences, par E. MASSE et P. POURQUIER. (In-4°, 16 pag. et pl., Montpellier.) — Coexistence d'un tænia inerme et d'un kyste hydatique du foie chez le même malade, par HENROT. (*Notes de clin. méd.*, p. 49, Reims, 1877.) — Les semences de courge comme tænicide, par BRÖKING (de Soden et San-Remo). (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 15, p. 212, 15 avril.)

Taille. — Plaie pénétrante du périnée, taille, guérison, par BRYANT. (*Med. Times and Gaz.*, vol. I, p. 563, 1878.) — Sur un nouveau cathéter cannelé, et sur une nouvelle méthode pour la taille périnéale, par GRITTI (de Milan). (*Bull. gén. de Thép.*, t. XCV, p. 353.) — Taille sus-pubienne, par FOWLER. (*Brit. med. Journal*, 7 sept.) — De la lithotomie sus-pubienne, par DULLES. (*New York med. Journal*, sept.) — Observation de taille sus-pubienne, par J. HUTCHINSON. (*Brit. med. Journal*, 19 oct.) — Du traitement des rétrécissements de l'urèthre à l'aide de l'ouverture sus-pubienne de la vessie, par G. CALLENDER. (*Idem*, 2 nov.) — Cystotomie, avec extraction de deux gros calculs chez un enfant, par GALLOZZI. (*Il Morgagni*, Naples, fasc. I, janv.) — Sur un cas d'ouverture sus-pubienne de la vessie, pratiquée dans le but de remédier à un rétrécissement de l'urèthre consécutif à une fracture compliquée du bassin, par H.-G. HOWSE. (*Brit. med. Journal*, 2 nov.) — Extraction par la taille uréthrale d'un calcul urinaire anciennement divisé par la lithotritie, par MATHIEU. (*Union médicale du Nord-Est*, oct.)

Teigne. — Du sycosis, par A.-R. ROBINSON. (*New-York*, 1877.)

Température. — Températures morbides, locales et générales dans un cas d'hydropneumothorax tuberculeux, par PETER. (*France médicale*, 16 nov. — Note sur les températures comparées de l'aisselle et de la main, par MOTY. (*Soc. de biol.* et *Gaz. méd. de Paris*, n° 32.) — Du sens de la température, par KLUG. (*Arb. aus der phys. Anstalt zu Leipzig.*) — Recherches

expérimentales relatives à l'influence du cerveau sur la température du corps; par H. ROSENTHAL. (*Dissert.*, Berlin, 1877.) — La température du corps de l'homme ne s'élève pas dans les pays chauds, par THORNLEY. (*The Lancet*, vol. I, p. 141, et vol. II, p. 352 et 536.)

Tendon. — Plaie de la région tibio-tarsienne; section du tendon d'Achille; suture du tendon; guérison, par PAULY. (*Centralbl. f. Chirurgie*, n° 3.) — Ténotomie des muscles fléchisseurs de la cuisse en cas de rétraction invétérée de la jambe par ankylose du genou; opérations suivies de succès, par WALTON BROWNE. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 332, oct.) — Rupture du tendon du triceps. (Obs.) par BRYANT. (*Med. Times and Gazette*, vol. I, p. 362.)

Testicule — Castration; cautérisation et ligature du cordon, par H. SMITH (*The Lancet*, vol. I, p. 274.)

Tétanie. — De la tétanie, par CHVOSTEK. (*Wien. med. Presse*, n° 26.)

Tétanos. — Tétanos traumatique guéri par des injections de curare, par SCHWIENHORST. (*Diss. inaug.*, Wurzburg, 1877.) — Tétanos traumatique à la suite de plaie du pouce, guérison par les enveloppements hydropathiques du bras, les frictions mercurielles et les bains d'air chaud, par THANISCH. (*Corresp.-Bl. des ärtzl. Vereine in Rheinland*, n° 21.) — De la production du tétanos musculaire, par KRONECKER et STIRLING. (*Arch. f. Anat. u. Phys.*, n° 1.) — Tétanos, comparaison avec les convulsions d'origine centrale, par HUGHLINGS JACKSON. (*Med. Times and Gazette*, vol. II, p. 484.)

Thérapeutique. — De l'action des toniques, par T. LAUDER BRUNTON. (*The Practitioner*, août.) — Noix vomique : thérapeutique, par E. LABBÉE. (*Dict. encycl. des sciences méd.*, IIe série, t. XIII, 1re partie.) — Leçons sur la jusquiame, la phellandrie, par Jules SIMON. (*Progrès Médical*, 12 oct.) — Note sur les effets thérapeutiques de la digitale dans les maladies du cœur, par TEISSIER. (*Gaz. hebd.*, 4 oct.) — De la ciguë, par Jules SIMON. (*Progrès Médical*, 7 sept.) — La belladone, par Jules SIMON. (*Progrès Médical*, juin.) — De l'emploi thérapeutique du phosphure de zinc, par Jules MERCIER. (*Thèse de Paris*, n° 215.) — De l'aconit, par Jules SIMON. (*Progrès Médical*, 29 juin.) — Note sur les combinaisons chimiques et thérapeutiques du lait avec le bichlorure de mercure, par MANDON. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 2e série, t. VII, n° 38.)

Thoracentèse. — La thoracentèse provoque-t-elle la suppuration? par P.-M. BRIN. (*Thèse de Paris*, n° 212.)

Thorax. — Plaie pénétrante de poitrine; hydropneumo-thorax; bruit de moulin; guérison, par A. CHEVALLEREAU. (*France Médicale*, 28 août.) — Plaie pénétrante du thorax par coup de feu; abcès consécutif communiquant avec les voies aériennes; aspiration; guérison, par J. BRAID. (*Brit. med. Journal*, 2 nov.)

Thrombose. — Deux cas de phlébite des sinus cérébraux, par J. RUSSELL. (*Med. Times and Gaz.*, p. 614, 8 juin.) — Cas de thrombose de la veine cave inférieure, chez un malade atteint de cancer du foie; embolie de l'artère pulmonaire; mort, par SHATTUCK. (*Boston med. and surg. Journ.*, 2 mai.) — Cancer du rein droit; thrombose de la veine cave inférieure et de la veine rénale gauche, par J. GUITÉRAS. (*Philadelphia Med. Times*, 14 sept.) — Un cas de thrombose des sinus de la dure-mère, par LUTON. (*Union méd. du Nord-Est*, juin.) — Thrombose des sinus de la dure-mère, par BLANQUINQUE. (*Union méd. du Nord-Est*, juin.)

Thyroïde. — Kystes du corps thyroïde; ponction; injection iodée; suppuration; incision; guérison, par HEATH. (*Med. Times and Gaz.*, vol. II, p. 435.) — Etiologie (parasitaire) et traitement de la thyroïdite et de l'ostéomyélite aiguës, par KOCHER (de Berne), et discussion consécutive : KÖNIG, LÜCKE, HÜTER, KOLACZEK, F. BUSCH, SCHEDE, MAX WOLFF. 7e congrès de la Société allemande de chirurgie, 10 avril 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 17, p. 247, 29 avril.)

Torticolis. — Sur quelques cas de torticolis spasmodique, par Charles K. MILLS. (*The American Journal of med. sc.*, oct. 1877.)

Toux. — Exemples de toux réflexe, par A.-A. SMITH. (*American Journal of med. sc.*, avril.)

Toxicologie. — De la présence du plomb dans le sous-nitrate de Bismuth, par CHAPUIS et LINOSSIER. (*Lyon médical*, 18 août.) — Observations toxicologiques sur le zinc, ses alliages et les sels de ce métal, par A. CHEVALLIER. (In-8°, 23 pages, Paris.)

Trachéotomie. — Croup et trachéotomie à Zurich (41 opérations, 19 guérisons), par DE MURALT. (*Bull. méd. de la Suisse Romande*, sept.) — Trachéotomie dans un cas de croup; guérison, par A. ROSSI. (*Annali Universali di Medicina e Chirurgia*, Milan, mai.) — Trachéotomie. Incision des téguments avec le thermo-cautère; ouverture de la trachée au bistouri, par POINSOT. (*The Lancet*, vol. I, p. 418.) — De la trachéotomie chez l'enfant, par HOFMOKL. (*Wien. med. Presse*, n° 41 et suivants.) — Avantages des inhalations par la canule après la trachéotomie du croup et de la diphthérie, par Josef PAULY (de Posen). (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 8, p. 104, 25 fév.) — Fait pour servir à l'histoire de la trachéotomie par le thermo-cautère, par J. BŒCKEL. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 9.) — Trachéo-thyrotomie pour l'ablation d'une tumeur du larynx, par J.-E. GARRETSON. (*Philadelphia Med. Times*, 12 oct.)

Transfusion. — Transfusion directe du sang artériel dans un cas de scorbut cachectique, par Mario GIOMMI. (*Riv. clin. di Bologna.*) — Contributions à la transfusion de sang, par Leonhard LANDOIS. (Tirage à part de *Zeitsschrift für Chirurgie*, t. II, Leipzig.)—Rétention placentaire : métrorrhagies très-considérables : transfusion, guérison, par HENROT. (*Notes de clin. médic.*, p. 67, Reims, 1877.) — Huit cas de transfusion du sang sur quatre personnes, par BITOT. (*Union médicale*, n° 42, avril.) — De la transfusion lactée, par WULFSBERG. (*Nachrich. d. Wiss. zu Göttingen*, p. 136.)

Trépanation. — La trépanation guidée par les localisations cérébrales : étude historique et clinique sur la trépanation du crâne, par Just. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. (In-8°, 151 pages, Paris.) — Trépanation dans un cas de fracture du pariétal gauche, par R.-J. LEVIS. (*Philadelphia Med. Times*, 17 août.) — Carie de l'apophyse mastoïde; trépanation; mort; thrombose du sinus latéral, par W. KEEN. (*Philadelphia Med. Times*, 3 août.) — La trépanation du crâne, par A. CECCHERELLI. (*Lo Sperimentale*, Florence, fasc. 5.)

Trichinose. — Trichinose ; présentation d'un biceps atteint de cette affection, par J.-G. RICHARDSON. (*Philadelphia Med. Times*, 31 août.) — Des phénomènes rhumatoïdes dans la trichinose, par Edmund C. WENDT. (*American Journal of med. sc.*, avril.)

Tuberculose. — Coïncidence et rapport de la tuberculose pulmonaire et du cancer, par A. GOUIN. (*Thèse de Paris*, n° 295.) — Formes cliniques de la tuberculose miliaire du poumon, par MAIRET. (*Thèse d'agrég.*, Paris.) — De la tuberculose secondaire à quelques états pathologiques, par M. PELLERIN.

(*Thèse de Paris*, n° 404.) — De la tuberculose miliaire aiguë à forme cérébrale apoplectique, par DEMOUCH. (*Thèse de doct.*, n° 194. Paris.) — Observation de tuberculose miliaire généralisée (troubles cérébraux), par PEPPER. (*Philadelphia Med. Times*, 31 août.) — De la tuberculose primitive des voies urinaires, par L. BIERRY. (In-8°, 36 pages, Paris.) — Sarcocèle tuberculeux ; double castration ; ligature en masse du cordon ; hémorrhagie d'un côté ; compression digitale prolongée au niveau des pubis ; péritonite ; guérison, par J. O'CONNELL. (*The Lancet*, vol. I, p. 815.) — Ulcération tuberculeuse de la muqueuse palatine ; perforation de la voûte, par QUÉNU. (*France médicale* 23 oct.) — Tuberculose de l'œil, par L. WEISS. (*Arch. f. Ophthalmolog.*, XXIII, n° 4.) — La tuberculose des bêtes à cornes et les dangers qui peuvent résulter pour l'homme de l'usage de leur lait et de leur viande, par SIEGMUND. *Société médicale de Bâle*, 7 juin 1877. (*Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, n° 5, p. 137, 1er mars.)

Tympan. — Guérison de perforations anciennes du tympan, par BERTHOLD. (*Centralbl. f. die Medicin. Wissensch.*, p. 627,)

Typhlite. — Typhlite, puis périthyphlite suppurée ; symptômes d'obstruction intestinale pendant 7 jours, par EVANS. (*The Lancet*, vol. II, p. 238.)

Typhoïde. — De la physiologie pathologique de la fièvre typhoïde et des indications thérapeutiques qui en dérivent, par DUBOUÉ. (In-8°, 147 pages, Paris.) — Un cas de fièvre typhoïde avec congestion et hémorrhagies intestinales, traité par l'eau froide, par KIBBU. (*New York Med. Journal*, oct.) — Artérite et gangrène sèche dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Leçon de POTAIN. (*Gaz. des hôp.*, n° 68.) — Etude sur les complications pulmonaires de la fièvre typhoïde, et spécialement sur les plus rares d'entre elles, par GUILLERMET. (*Th. Paris.*) — Observations de péricardite dans la fièvre typhoïde, par T.-E. BOYER. (*Th. Paris.*) — Etude sur une épidémie de fièvre typhoïde, observée dans un service de l'hôpital des Enfants-Malades (1876-1877), par E. BOUCHARD. (*Thèse Paris.*) — Contribution à l'étude des complications laryngées de la fièvre typhoïde, par CHAUMEL. (*Thèse Paris*, 1877.) — Des thromboses veineuses dans la fièvre typhoïde, par DUPEYRON. (*Thèse de Paris*, 1877.) — Etude sur quelques cas de fièvre typhoïde chez des tuberculeux, par E.-M. LE COVEC. (*Thèse de Paris*, n° 296.) — Phlegmon de la paroi abdominale dans le cours d'une fièvre typhoïde. (*Gaz. des hôp.*, n° 93.) — Essai sur l'origine fécale du typhus abdominal, par A. BERTHET. (*Thèse de Paris*, n° 427.) — Du typhus abdominal et pétéchial à Prague, par PRIBRAM et POPPER. (*Prag. Vierteljahrsschr.*, t. XXXV, Bd. III, p. 1.) — Un cas de typhus ganglionnaire, par CANTANI. (*Il Morgagni*, mai.) — Etiologie du typhus abdominal, par WILLE. (*Aerztliches Intelligenzbl.*, nos 16-18.)

U

Ulcère. — Du traitement des ulcères de jambe, par W. MANDEBLAUM (d'Odessa). (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 10, p. 138, 11 mars.) — Pathogénie de l'ulcère variqueux, traitement par la ligature de la veine, par J. GAY. (*The Lancet*, vol. I, p. 928.) — Cas d'ulcères chroniques de l'estomac et du duodénum ; pyélo-néphrite sans symptômes de lésion rénale, par B.-S. SHAW. (*Boston med. and surg. Journ.*, 21 mars.)

Urée. — Des injections d'urée dans le sang, par JOLYET. (*Soc. de biol.*,

6 avril.) — De la transformation de l'acide urique en urée dans le corps du chien, par Vott. (*Zeitschr. f. Biol.*, Bd. XIII, Hft. IV.)

Urèthre. — Rétrécissement uréthral; ischurie ; ponction capillaire de la vessie et dilatation successive de l'urèthre avec des bougies de laminaria, suivant la méthode Parona, par G. Galli. (*Annali Universali di Medicina e Chirurgia*, Milan, avril.) — Rétrécissement de l'urèthre ; 10 fistules, divulsion avec l'instrument de Holt. Guérison complète en 3 mois, par Heath. (*The Lancet*, vol. II, p. 544.) — Rupture de l'urèthre dans un cas de fracture du bassin ; sonde à demeure retirée le sixième jour ; hémorrhagie considérable le septième ; uréthrotomie externe ; guérison, par Bryant. (*Med. Times and Gaz.*, vol. I, p. 564.) — Explorateur de l'urèthre et dilatateur métallique gradué. (*The Lancet*, vol. I, p. 921.) — Dilatateurs uréthraux, de Pemberton. (*The Lancet*, vol. I, p. 452.) — Sur le rétrécissement de l'urèthre, par J. Cooper Forster. (*Guy's Hosp. Rep.*, V, XXIII, p. 173-181. Partisan de la dilatation.— Des valvules et diverticules congénitaux de l'urèthre, par Englisch. (*Wien. med. Presse*, n° 44.) — Cas de rétrécissement traumatique de l'urèthre (section du périnée), guérison, par G.-W. Gay. (*Boston med. and surg. Journ.*, 28 mars.) — Méthodes sous-cutanées et autres de division des rétrécissements de l'urèthre, par H. Dick. (In-8°, Londres.) — Rétrécissement uréthral ; uréthrotomie interne, par Gallozzi. (*Il Morgagni*, Naples, fasc., 11 février.) — D'un nouvel uréthrotome, par T.-B. Curtis. (*Boston med. and surg. Journ.*, 21 mars.)

Urine. — Altérations des urines dans l'albuminurie et le diabète et leurs modifications par les eaux de Vichy, par H. Aurillac. (In-16, 96 pages, Paris.) Des oliguries, par Fabre, de Marseille. (*Gaz. des Hôp.*, n°s 91 et 92.) — 3 cas d'incontinence d'urine chez des enfants guéris par l'électricité, par A. Kemble. (*Boston med. and surg. Journ.*, 25 avril.) — Incontinence d'urine datant de l'enfance chez une femme de 22 ans. Dilatation forcée de l'urèthre, amélioration, par Clay. (*The Lancet*, vol. I, p. 829.) — Incontinence d'urine des enfants. Traitement par la suppression de toute viande aux repas, par M'Intyre et N. Greenwood. (*The Lancet*, vol. I, p. 778.)— Incontinence d'urine. Traitement par compression élastique de la verge, par E. Huxley. (*The Lancet*, vol. I, p. 443.) — Rétention d'urine. Distension vésicale progressive sans paralysie ; six litres d'urine, cathétérisme évacuateur ; atonie vésicale, cystite ; mort au bout de deux mois, par Lediard. (*The Lancet*, vol. I, p. 935.) — Du mécanisme de la rétention d'urine dans les traumatismes de la cuisse et du bassin, par L. Pasdeloup. (*Thèse de Paris.*) — Fièvre urineuse (une observation), par Reginald Harrisson. (*The Lancet*, vol. I, p. 374.) — Urine remplie de vibrions provenant d'une femme atteinte de paramétrite, par Albrecht. *Société médico-pharmaceutique de district du canton de Berne*, 13 février 1877. (*Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, n° 7, p. 208, 1er avril.) — Sur l'action prolongée des acides énergiques sur les matières colorantes des urines, par Benech. (*Soc. de biol.*, 9 février.)

Utérus. — Traité de thérapeutique des affections de l'utérus et des maladies des femmes, par E.-J. Tilt. (4e édit., in-8° Londres.) — Système mécanique de la pathologie utérine, par G. Hewitt. (*Harveian lectures*, in-4°, Londres.) — De la valeur de la dilatation rapide de l'urèthre et du col de la vessie pour le diagnostic des affections utérines, par H. Croom. (*The Obst. Journ.*, n° 62.) — Contributions à la pathogénie du prolapsus de l'utérus, par Kaltenbach. (*Zeits. für Geburt. und Gynäk.*, I Band, 2 Heft.) — De la situation normale et des mouvements de l'utérus, en dehors de l'état de gestation, par Van de Warker. (*American Journal of Obstetrics*, avril

et juillet, p. 314 et 528.) — Observation d'utérus et de vagin doubles, par F. Benicke. (*Zeits. für Geburts. u. Gynäk.*, I Band, 2 Heft.) — Utérus bicorne avec absence du rein et de l'artère rénale droites, pièces présentées par Frericks. *Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin*, 12 février 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 19, p. 275, 13 mai.) — Métrite parenchymateuse puerpérale. Abcès de l'utérus. Ouverture spontanée dans l'intestin. Guérison, par L. Filippeschi. (*Lo Sperimentale*, octobre.) — Comparaison des opérations de Simpson et de Sims contre la sténose du col utérin. (*Brit. med. Journ.*, 7 septembre.) — Du traitement de certaines variétés de flexion utérine, par H.-F. Routh. (*Brit. med. Journ.*, 28 septembre.) — Du diagnostic et du traitement des polypes utérins, par W. Goodell. (*Amer. Suppl. to the Obst. Journ.*, mars.) — Traitement des granulations du col par l'application d'un tampon imbibé de huit parties de goudron d'Archangel pour un d'alcool rectifié. — Traitement des ulcérations fongueuses végétantes par l'acide nitrique fumant, par Robert Bell. (*The Lancet*, vol. II, p. 181.) — Hypertrophie de la portion vaginale du col, par A. Leroty. (*Thèse de Paris*, n° 410.) — Hypertrophie du col utérin, ablation avec le thermo-cautère, guérison, par Clay. (*The Lancet*, vol. II, p. 694.) — Résumé du traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus, spécialement au début, par G. de Gorrequer Grifith. (*The Obst. Journ.* n° 60.) — Cas de fibromyome interstitiel de l'utérus, par F.-B. Champneys. (*St-Bartholomew's Hosp. Reports*, vol. XIII, p. 81.) — Tumeur, probablement de nature fibreuse, existant en même temps qu'une grossesse à terme sans avoir empêché l'accouchement, par Gaillard Thomas. (*American Journal of Obstetrics*, juillet, p. 573.) — Inversion partielle de l'utérus, prise pour un polype, par Harrison. (*Idem*, juillet, p. 589.) — Polype fibreux de l'utérus, par Curtin. (*Idem*, juillet, p. 613.) — Présentation d'un myome volumineux du fond de l'utérus, par Schrœder. *Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin*, 12 fév. 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 19, p. 275, 13 mai.) — Tumeur fibro-kystique de l'utérus. Difficultés du diagnostic avec un kyste de l'ovaire. Incision abdominale, exploration avec la main, pas d'opération Rétablissement de la malade, par Thorburn. (*The Lancet*, vol. II, p. 45.) — Deux observations de corps fibreux de l'utérus avec coexistence de kystes dépendant de la tumeur ou nés de l'ovaire, par Thorburn. (*Idem*, vol. I, p. 683.) — Note anatomo-pathologique sur un fibrome intra-utérin, par F. Rubio. (*El Siglo médico*, Madrid, n° 1270) — Etude sur les tumeurs rétro-utérines, par Robert Barnes. (*St-George's hosp. Reports*, vol. VIII, p. 57.) — Myome utérin; péritonite suraiguë après un simple toucher vaginal; mort; par A. Poncet. (*Gaz. méd.*, p. 130.) — Tumeur utérine (fibromyome). Difficulté du diagnostic avec une tumeur de l'ovaire, par Kidd. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 227, septembre.) — Tumeur fibreuse intra-utérine: extirpation; métrorrhagie consécutive, arrêtée par le thermo-cautère Paquelin, métrite, incontinence d'urine; leucorrhée albumineuse; guérison, par M. Candela. (*La Cronica médica*, Valence, n° 10.) — Rupture de l'utérus pendant le travail; laparotomie; mort; par Ward. (*American Journal of Obstetrics*, juillet, p. 586.) — Réduction d'une inversion de l'utérus, d'une durée de onze ans, par Tyler. (*Idem*, juillet, p. 572.) — Cas de rupture de l'utérus, par C.-B. Nichols. (*Boston med. and surg. Journ.*, 7 mars 1878.) — Du traitement palliatif des cancers utérins par les pulvérisations phéniquées, par Wagner de Baden. (*Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, n° 7, p. 210, 1er avril.) — Cancer primitif du corps de l'utérus chez une femme de 70 ans, par C. Ruge et Lehnerdt. *Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin*, 22 janvier 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 16, p. 231, 22 avril.) — Du diagnostic du carcinome de l'utérus, par P. Muller. *Société médico-pharmaceutique de district du canton de Berne*, 16 janvier 1877. (*Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*,

n° 6, p. 172, 15 mars.) — Sur un cas de carcinome de corps de l'utérus, par Veit. (*Zeits. für Geburts. und Gynäk.*, I Band, 2 Heft.)

V

Vaccin. — Compte rendu statistique sur l'activité de l'Institut pour la vaccination animale, dirigé à Berlin, par Pissin. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 16, p. 232, 22 avril.) — De la situation des médecins vaccinateurs et de la nécessité d'introduire partout la vaccination animale, par Leonhard Voigt (de Hambourg). (*Idem*, n° 12, p. 168, 25 mars.) — Sur les avantages de la vaccination, par Schuler junior (de Cüstrin). (*Idem*, n° 16, p. 233, 22 avril.) — Sur la vaccination (insuffisance d'une seule piqûre), par J. Oestreich (de Duren). (*Idem*, n° 16, p. 232, 22 avril.)

Vagin. — Rétrécissement cicatriciel du vagin à une petite distance du museau de tanche, chez une femme enceinte (4e à 5e mois), par S. Bazzani. (*Lo Sperimentale*, fasc. 9.) — Atrésie du vagin par accollement des deux parois. Rétention des règles dans la partie supérieure du vagin. Dissection de 5 centimètres de profondeur. Dilatation avec les doigts. Guérison, par Clay. (*The Lancet*, vol. II, p. 694.) — Atrésie incomplète du vagin, grossesse sans coït; accouchement, par J.-B. Parcet. (*Revisto de Ciencias Médicas de Barcelona*, et *El Siglo médico*, Madrid, 28 avril.)

Vaisseaux. — Du mode de ramification des vaisseaux, par W. Roux. (*Diss. inaug.*, juin.)

Varice. — Varice et ulcère variqueux. Traitement par le bandage élastique de Martin, par Callender. (*The Lancet*, vol. II, p. 503.)

Variole. — La variole dans le vieux Calabar, côte accidentale de l'Afrique, par Archibald Hewan. (*The Lancet*, 15 septembre 1877, p. 388.) — Relation d'une épidémie de variole à Derby, en 1876 ; avec le traitement qui a été employé, par Engledue Prideaux. (*Idem*, 28 juillet 1877, p. 122.) — Arthrite suppurée du genou dans la variole. Guérison très-rapide après incision, par Vallin. (*France médicale*, 31 août.) — Mesures prophylactiques à prendre en cas d'épidémie variolique. *Conférence de médecins réunis* à Lugano le 27 septembre 1877. (*Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, n° 2, p. 53 et n° 3, p. 86, 15 janvier et 1er février.) — De la varicelle: non identité avec la variole et la vaccine, par Tordeus. (*Journ. de la Soc. roy. des sc. méd. et natur.* de Bruxelles, 1877.)

Vaso-moteurs. — Réponses aux communications de M. Vulpian sur les nerfs vaso-moteurs dans les racines sensitives de la moelle, par Stricker. (*Mediz. Jahrbücher*, Heft 3.)

Veine. — Remarque sur l'entrée de l'air dans les sinus de la dure-mère, par P. Müller. (*Archiv f. klin. Chirurgie*, vol. XXII, fasc. 3, p. 712.) — Un cas obscur de phlébite de la veine porte ; gastrite localisée, par Loomis. (*New York Med. Journ.*, août.)

Z

Zona. — Herpès zoster frontal et ophthalmique, par Horstmann. (*Charité-Annalen*, III, p. 702.) — Du zona ophthalmique, par Marc Pacton. (*Thèse de Paris*, n° 216.)

LISTE DES OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DE LA REVUE

du 15 octobre au 15 janvier 1879.

A partir du 15 janvier courant, tout ce qui concerne la rédaction (journaux, livres, brochures) devra être envoyé aux bureaux de la *Revue*, 51, rue Monsieur-le-Prince.

Librairie de **G. Masson**, boulevard Saint-Germain, en face de l'École de Médecine, Paris.

Les Thermes euganéens de Battaglia, 1 brochure in-8° de 42 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Les terminaisons des nerfs dans la peau, par M. le Dr Louis Couty, ex-interne de l'hôpital de Limoges, lauréat de la Faculté de médecine de Paris. (*Thèse de concours pour l'agrégation*). 1 vol. in-8 de 175 pages. — Prix : 4 francs.

Etude expérimentale et comparée sur l'arsenic et l'huile de foie de morue dans le traitement de la phthisie pulmonaire, par M. Joanny Rendu, interne des hôpitaux de Lyon, lauréat de l'Institut. 1 vol. in-8 avec 10 planches. — Prix : 3 francs.

Étude clinique sur les anesthésies et hyperesthésies d'origine mésocéphalique, par le Dr L. Couty, médecin aide-major. In-8 de 76 pages. — Prix : 2 francs.

La syphilis du cerveau, par Alfred Fournier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'hôpital Saint-Louis. — *Leçons cliniques*, recuillies par E. Brissaud, interne des hôpitaux. 1 vol. in-8 de 654 pages. — Prix : 10 francs.

Essai de physiologie générale appliqué à l'étude de la vie et de la mort, par le Dr Elie Goubert. — Prix : 4 francs.

Librairie **V. Delahaye**, place de l'Ecole-de-médecine.

Traité complet d'ophthalmologie, par les Drs L. C. Wecker et Ed. Landolt. *Anatomie microscopique*, par les professeurs J. Arnold, A. Iwanoff, G. Schwalbe et Waldeyer. Tome Ier, 1re partie, 1 vol. in-8 de 662 pages avec 146 figures intercalées dans le texte et 2 planches. — Prix du tome Ier complet : 16 francs.

Cet ouvrage remplace la troisième édition du traité Wecker. — (Prix Chateauvillard.)

Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme, par le Dr Alphonse Guérin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, etc. 1 vol. in-8 avec 33 figures dans le texte et 2 planches en chromolithographie. — Prix : 10 francs. (Cartonné, 11 francs.)

Essai de topographie cérébrale par la cérébrotomie méthodique. Conservation des pièces normales et pathologiques par un procédé particulier, par le

professeur Bitot. 1 vol. in-8 avec 7 figures dans le texte et 17 planches. — Prix : 12 francs.

La membrane muqueuse des fosses nasales, par le Dr Rémy. In-8 avec 2 planches. — Prix : 3 francs.

Études sur les ulcères simples du col de l'utérus. Exposé nosologique, traitement, par le Dr Obled. In-8. — Prix : 3 francs.

Considérations sur l'utilité et le rôle de la méthode en médecine, par le Dr Duvivier. In-8. — Prix : 2 fr. 50.

De la physiologie pathologique de la fièvre typhoïde et des indications thérapeutiques qui en dérivent, par le Dr Duboué. In-8. — Prix: 2 fr. 50.

Contribution à l'étude de l'acide chromique, des chromates et de quelques composés du chrome (physiologie thérapeutique et toxicologie), par le Dr Rousseau. In-8. — Prix : 2 fr. 50.

Etude sur la cystite tuberculeuse, par le Dr Guébhard. In-8. — Prix : 2 fr. 50.

De l'action physiologique et thérapeutique de l'ergot de seigle. Étude expérimentale et clinique, par le Dr Peton. In-8. — Prix : 2 fr. 50.

Étude sur la pression intra-labyrinthique, par le Dr Morisset. In-8. — Prix : 2 fr. 50.

Recherches sur l'insufflation des nouveau-nés et description d'un nouveau tube laryngien, par le Dr Ribemont. In-8 avec 8 planches. — Prix : 2 fr. 50.

De la suture médio-frontale ou métopique, par le Dr Calmettes. In-8. — Prix : 1 fr. 50.

De l'aspect extérieur du cadavre au point de vue médico-légal, par le Dr L. Wilhem. In-8. — Prix : 1 fr. 50.

De la fièvre typhoïde. Étude physiologique, sa nature, son traitement, par le Dr Guillasse. In-8. — Prix : 1 fr. 25.

Recherches sur la néphrite interstitielle cardiaque ou rein cardiaque, par le Dr Cuffer. In-8. — Prix : 1 fr. 25.

Du diagnostic et du traitement des maladies du cœur et en particulier de leurs formes anomales, par le professeur Germain Sée. Leçons recueillies par le Dr F. Labadie-Lagrave. (Clinique de la Charité, 1874 à 1876). 1 vol. in-8. — Prix : 9 francs. (Cartonné, 10 francs.)

Maladies du système nerveux. Leçons faites à la Faculté de médecine de Montpellier, par le Dr J. Grasset, professeur agrégé, etc. Tome second, 1 vol. in-8. — Prix : 12 francs.

L'ouvrage complet, 2 vol. in-8 avec 26 figures intercalées dans le texte. — Prix : 22 francs.

De la fièvre jaune à la Martinique (Antilles françaises). Étude faite dans les hôpitaux militaires de la colonie, par M. Bérenger-Féraud, médecin en chef de la marine, etc. 1 vol. in-8. — Prix : 7 francs.

Étude historique et clinique sur la trépanation du crâne, la trépanation guidée par les localisations cérébrales, par Just Lucas-Championnière. 1 vol. in-8, avec 14 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50.

De l'occlusion intestinale au point de vue du diagnostic et du traitement, par le Dr Bulteau. In-8. — Prix : 3 fr. 50.

De l'état de nos connaissances sur l'affection ourlienne ou oreillons, par le Dr Pinet. In-8. — Prix : 2 fr. 50.

De l'amputation utéro-ovarique, comme complément de l'opération césarienne, par le Dr Imbert de la Touche. In-8. — Prix : 2 fr. 50.

De la pneumonie du sommet, par le Dr Saint-Ange. In-8. — Prix : 2 fr. 50.

Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, leur influence sur l'audition, la respiration et la phonation, leur traitement, par le Dr Loewenberg. In-8, avec 2 figures dans le texte. — Prix : 2 francs.

Cri d'alarme. Du tabac au point de vue médical, ses effets désastreux sur

l'homme fait, sur l'enfant à l'école primaire, au lycée, etc., par le Dr Blanchet. 1 vol. in-18. — Prix : 2 francs.

Du rôle de la contagion dans l'étiologie de la fièvre puerpérale par le Dr Pollosson. In-8. — Prix : 2 francs.

Sur une maladie spéciale du système osseux, développée pendant la vie intra-utérine et qui est généralement décrite, à tort selon moi, sous le nom de rachitisme, par le professeur Depaul. In-8. — Prix : 1 fr. 50.

Le Guaco, ses propriétés médicales, son application, par le Dr Schmidt. In-8. — Prix : 1 franc.

Du prolapsus graisseux de l'abdomen chez la femme, par le Dr Gueniot. In-8. — Prix : 75 centimes.

Contribution à l'étude de la broncho-pneumonie, par le Dr Balzer. In-8. — Prix : 2 fr. 50.

Electricité statique. Traitement des maladies nerveuses, des affections rhumatismales et des maladies chroniques, par le Dr Arthus. 1 vol. in-8. — Prix : 4 francs.

Librairie **Germer Baillière et Cie**, 108, boulevard Saint-Germain.

La fièvre typhoïde, par Charles Murchison. Traduit par le Dr Lutaud. Accompagné de notes et précédé d'une introduction, par M. Henri Gueneau de Mussy. 1 vol. gr. in-8 avec figures dans le texte et 7 planches hors texte, dont 3 en chromo-lithographie. — Prix : 10 francs.

Guide administratif du médecin-accoucheur et de la sage-femme, par Eugène Louet, précédé d'une notice historique et comprenant :

1° Des considérations sur toutes les lois, décrets, ordonnances et règlements concernant la pratique des accouchements ;

2° Des conférences sur toutes les questions relatives aux enfants nouveau-nés et notamment sur la surveillance protectrice à exercer à leur égard. 1 vol in-12. — Prix : 3 fr. 50.

La théorie atomique, par Ad. Wurtz, membre de l'Institut, doyen honoraire de la Faculté de médecine et professeur à la Faculté des sciences de Paris. 1 vol. in-8 de la *Bibliothèque scientifique internationale*, cartonné à l'anglaise. — Prix : 6 francs.

Tableaux d'anatomie : le système nerveux. I. Nerfs rachidiens. II. Nerfs crâniens et système nerveux périphérique; 2 tableaux grand-aigle, avec figures schématiques, par J. Alavoine. — Prix : 5 francs.

Librairie **J.-B. Baillière**, 19, rue Hautefeuille.

Nouveaux éléments d'anatomie pathologique descriptive et histologique, par A. Laboulbène, agrégé libre de la Faculté de médecine, médecin de la Charité. 1879, grand in-8 avec 298 figures intercalées dans le texte. — Prix : 20 francs.

La lèpre est contagieuse, par un missionnaire attaché aux léproseries. In-8 avec une carte.

Traité des maladies de la vessie et de l'affection calculeuse, par le Dr Henri Picard, professeur libre de pathologie des voies urinaires. Paris 1879, in-8, 635 pages avec 184 figures dans le texte. — Prix : 8 francs.

Le microphone et ses applications en médecine, par le Dr Giboux. In-8 avec figures.

Précis de technique microscopique et histologique, ou introduction pratique à l'anatomie générale, par le Dr Mathias Duval, professeur agrégé à la Faculté de Paris. Paris 1878, in-18, 315 pages et 43 figures dans le texte. — Prix : 4 francs.

Librairie **Octave Doin**, 8, place de l'Odéon.

Thérapeutique oculaire, par L. DE WECKER. Leçons recueillies et publiées par le Dr MASSELON. 1 beau volume in-8 de 800 pages avec figures dans le texte. — Prix : 13 francs.

Clinique médicale de l'hôpital de la Charité, par le professeur A. VULPIAN, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital de la Charité, etc., etc. — *Considérations cliniques et observations*, par le Dr F. RAYMOND, médecin des hôpitaux, revues par le professeur. 1 fort volume in-8 de 950 pages. — Prix : 14 francs.

Manuel d'hygiène publique et privée, par le Dr Armand-B. PAULIER, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 volume in-18 de 800 pages. — Prix : 8 francs.

Des agents perturbateurs du développement de la jeunesse. (Études physiologiques sur l'alcoolisme, l'abus du tabac et l'onanisme), par le Dr E. GOUBERT. — Prix : 3 francs.

Librairie **P. Asselin**, éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, tome XIVe.

Librairie **H. Lauwereyns**, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manœuvres externes, par A. PINARD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8 avec 27 figures intercalées dans le texte. — Prix : 6 francs.

Librairie **Alexandre Cocoz**, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Leçons cliniques sur les maladies des nouveau-nés, syphilis héréditaire, athrepsie, faites à l'hospice des Enfants-Assistés (1878), par J. PARROT. — Prix : 2 francs.

Librairie **F. Henry**, 13, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

Record d'observation médicale, quotidien, hebdomadaire, statistique, mathématique, uniforme, etc. — Prix : 60 centimes.

Exposé de la doctrine médicale dite dosimétrique, par le Dr BURGRAVE, et *la Science moderne*, par le Dr Amédée ANDRIEU. Broch. in-8, 1879.

Librairie **Xavier Drevet**, Grenoble.

Note à propos des localisations fonctionnelles dans les diverses formes de la paralysie générale, par le Dr E. DUFOUR. Broch. in-8 avec 4 planches.

Librairie **Douladoure**, Toulouse.

Contribution à l'étude de l'athétose, par le Dr JOUGLA. Broch. in-8.

Imprimerie **Nancéenne**, Nancy.

Essai sur le sulfate de quinine comme agent antipyrétique, par E. DELAVAUX. Thèse de Nancy, 1878.

Librairie **J. et A. Churchill**, Londres.

On the treatment of rupture of the female perineum immediate and remote, by George Granville BANTOCK, with illustrations. In-8, 60 pages.

Lectures on dermatology delivered in the royal college of surgeons of England in 1876, 1877, 1878, by Erasmus WILSON. In-8, 300 pages.

Librairie **Putnam's sons**, New York.

A series of american clinical lectures, edited by L. SEGUIN. — *On the treatment of the various forms of acne and of rosacea*, by R.-W. TAYLOR. In-8.

On the use of the solid rubber bandage in the treatment of eczema and ulcers of the leg, par L. Duncan BULKLEY (In-8, broch.).

On diet and hygiene on diseases of the skin, par L. Duncan BULKLEY (In-8, broch.).

Librairie **A. Hirschwald**, Berlin.

Die Entdeckung des Blutkreislaufs, historisch-kritische Darstellung, von Dr Martin KIRCHNER (In-8, 1878).

Librairie **H. Laupp'schen**, Tübingen.

Handbuch der Kinderkrankheiten, bearbeitet, von Prof. HENING, VON VIERORDT, HENKE, JACOBI, BINZ, RAUHFUSS, PFEIFFER, BAGINSKY, SCHULTZE, MÜLLER, BOHN, GERHARDT, WYSS, EMNINGHAUS, HAGENBACH, MONTI, LEICHTENSTERN, RINECKER, REHM, FRANKEL, FÖRSTER, KÜLZ, BIRCH-HIRSCHFELD, NICOLAI, KOHTS, FLESCH, DEMME, FÜRST, THOMAS, WEIL, WIDERHOFER, RIEGEL, DUSCH, LEBERT, MATTERSBOCH, BOKAI, STEFFEN, SOLTMANN, SEELIGMÜLLER, SEIDEL, WENSLECHNER, etc., herausgegeben von Dr C. GERHARDT. 4 vol. in-8, 1878.

Librairie **Urban** et **Schwarzenberg**, 4, Maximilianstrasse, Vienne.

Die Hydrotherapie auf physiologischer und klinischer Grundlage; Vorträge für praktische Aerzte und Studirende, von Dr Wilhalm WINTERNITZ. (Zweiter Band, I Abtheilung).

Librairie **Vercellino** et **Cº**, Turin.

Chirurgia ginecologica; sull' incisione della cervice uterina, pel Dr F. DIONISIO (broch., 1878).

Librairie **Desken et Rocholl**, Naples.

Resezione del corpo sinistro della mandibola e stomato-plastica per epitelioma recidivo i lezione clinica, del Ant. CECI (broch.).

Paris-Imp. PAUL DUPONT, 41, rue Jean-Jacques-Rousseau. (1, 1-79.)

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

ANATOMIE.

Die Entwickelung des mittleren Keimblattes im Hühnerei (Développement du feuillet moyen de l'embryon dans l'œuf de poule), par J. DISSE (de Strasbourg (*Archiv f. mikroskop. Anatomie, t. V, p.* 67, 1878).

Malgré de nombreux travaux sur la formation des feuillets de l'embryon, il reste nombre d'opinions divergentes. Et particulièrement la question suivante n'est pas tranchée : Les cellules de l'embryon forment-elles seules le feuillet moyen, ou bien voit-on y participer les éléments du vitellus ou du fond de la cavité embryonnaire qui pénètrent dans l'embryon pendant l'incubation ? Si ce dernier cas est vrai, quelles sont les phases de la formation du mésoderme ? Si l'on ne peut démontrer la participation de ces éléments de la cavité du germe à la constitution du feuillet moyen, de quelles couches primordiales de l'œuf encore non couvé provient le feuillet mésoblastique ?

Lorsqu'on cherche à durcir l'œuf de poule, l'embryon ne perd pas sa forme en verre de montre, mais il se produit à côté de lui une formation qui manque dans l'œuf frais, c'est la cavité embryonnaire. On doit la considérer comme une conséquence de ce durcissement. La perte d'eau, qui en est sans doute un facteur important, diminue la turgescence naturelle du vitellus et abaisse la pression. La production d'une cavité de retrait s'explique ainsi d'elle-même. Cette cavité se produit toujours au

même point et de la même façon au niveau de la partie centrale de chaque œuf. D'ailleurs elle ne renferme pas une sérosité claire, mais un vitellus comme dilué,contenant beaucoup de liquide interstitiel. On y trouve, en suspension, de nombreux éléments globulaires de différentes grosseurs et de différentes propriétés. On y distingue des granulations homogènes, fortement réfringentes, de dimensions à peu près égales et qui paraissent finement ponctuées; mais la cavité du germe contient aussi des boules plus grosses formées de substance homogène et contenant soit une seule granulation excentrique, soit plusieurs disséminées, et l'on trouve tous les intermédiaires entre ces deux formes; il est difficile dès lors de ne pas penser que tous ces éléments forment une série continue et procèdent les uns des autres. Ce sont là tous les stades de passage que subissent les éléments du blanc pour arriver à former les globes du jaune qui en constituent le stade terminal. Jusqu'à présent on ne connaissait pas encore suffisamment ce mode de développement du jaune, bien que His et Kölliker aient déjà affirmé les rapports intimes de ces deux espèces de vitellus.

A quel moment se produit le changement des globes du vitellus blanc en globes du jaune? Il faut remarquer que l'œuf, à un certain stade du développement, ne contient que des éléments blancs, des globes à une ou plusieurs granulations, puis ces globes arrivent à être finement granulés, et quand l'œuf est à maturité, c'est-à-dire doit être pondu, il n'en reste plus qu'un petit nombre qui ne sont pas encore changés et qui persistent dans leur état primitif jusqu'au début de l'incubation pour prendre alors leur évolution; ce temps d'arrêt doit être rapporté sans doute à l'insuffisance de la température à laquelle est soumis l'œuf dans son trajet de l'ovaire au cloaque.

L'emploi de l'acide chromique, comme moyen de durcissement, fait apparaître la cavité embryonnaire ainsi que de nombreuses vacuoles; mais ces formations sont des produits artificiels. Goette, Œllacher et His s'étaient approchés de la vérité en admettant la production de l'espace précité par la fluidification de son contenu primitif.

Il faut chercher les causes de la formation des feuillets dans les changements des cellules de l'embryon, antérieurs au début de l'incubation. Tous les nouveaux observateurs s'accordent sur ce fait, qu'après le sillonnement complet du germe, celui-ci paraît composé de deux couches seulement; la couche inférieure ne se montre que dans les périodes ultérieures du développement. Le bord de cette lame est toujours nettement formé, épaissi, composé de plusieurs couches cellulaires superposées; la partie moyenne au contraire est mince, souvent parsemée d'espaces vides. La lame supérieure est toujours formée d'une couche unique. Kölliker a bien décrit ce bord qu'il a appelé bourrelet du germe; d'après lui les boules granuleuses existent, dans le feuillet inférieur, aussi bien au centre que dans le bourrelet.

Entre les cellules du bourrelet on trouve, en grand nombre, des boules granuleuses qui se distinguent des cellules par leur grosseur, l'absence de noyau, et leur aspect sombre. D'ailleurs, les cellules elles-mêmes peuvent contenir des granulations qui proviennent sans doute de la résorption de celles qui ont été mises en liberté par la désagrégation des boules.

D'après Goette, Œllacher et Kölliker le germe a une forme lenticulaire; il est, en effet, plus épais au centre que sur les bords vers la fin du sillonnement; l'auteur a pu le constater sur des œufs déjà pondus.

Avant l'incubation l'embryon, considéré dans son ensemble, se trouve comme dans un état indifférent que révèlent la séparation incomplète des feuillets et la forme encore indéterminée des cellules dans ces derniers. Quels sont maintenant les changements qu'amène l'élévation persistante de la température qui constitue, à proprement parler, l'incubation?

Dès les premières heures de l'incubation, les deux couches du germe prennent leur caractère propre. Les cellules de la couche supérieure deviennent cylindriques, légèrement colorées, et se distinguent de plus en plus des cellules rondes et pâles de la couche inférieure. Le bourrelet persiste encore, mais il n'est plus aussi caractéristique; il diminue d'épaisseur à mesure que celle de la partie centrale augmente.

Bientôt la couche supérieure n'est plus simple, dans le sens étroit du mot; elle s'épaissit un peu au centre, mais ce développement s'efface à côté de l'augmentation énorme de la couche inférieure. Alors la partie centrale du germe est divisée en trois couches qui proviennent des deux couches initiales de l'œuf frais par l'épaississement de la partie centrale de la couche inférieure et la transformation fusiforme de la rangée cellulaire la plus profonde. Cet épaississement est dû au transport centripète des cellules du bourrelet dans la couche profonde.

Dès lors, la couche supérieure est devenue l'*épiblaste* (ou feuillet externe), et la couche inférieure s'est divisée en un *mésoblaste* (ou feuillet moyen) à couches multiples et en un *hypoblaste* (ou feuillet interne) formé d'une couche unique de cellules.

Le bourrelet du germe s'élargit alors en se réduisant; il se divise en une zone externe compacte et une zone interne plus lâche. Dans cette zone lâche se pressent, entre les cellules, les éléments du vitellus. C'est là que vont se former les vaisseaux et le sang.

Cette description s'accorde avec les vues de Goette, mais elle est contraire à l'opinion de Kölliker. Celui-ci n'admet pas que le mésoblaste se montre d'abord dans le sillon primitif; il est vrai qu'il rapporte ce sillon à l'épaississement de la couche supérieure. Mais l'auteur déclare nettement qu'il n'a pu constater la multiplication cellulaire centrale que sur la couche inférieure, et qu'elle est unie intimement avec l'hypoblaste, tandis qu'elle est séparée de la couche supérieure; c'est donc la première qui doit être considérée comme la matrice du feuillet moyen.

Vers la treizième heure de l'incubation, le mésoblaste se soude à l'épiblaste dans presque toute l'étendue du sillon primitif; mais il n'en reste pas moins uni à l'hypoblaste qui lui constitue comme sa couche profonde. Dans la zone périphérique, le mésoblaste s'accroît par la multiplication des cellules que l'on peut encore rapporter à la couche inférieure; ces cellules sont d'abord grandes et riches en protoplasma, mais elles s'aplatissent dès que le mésoblaste est bien formé. Les deux zones du bourrelet n'éprouvent aucun changement important avant l'apparition des vaisseaux.

Vers la treizième heure, la production du mésoblaste est donc achevée dans ce qu'elle a d'essentiel, et à ce moment sur la plupart des coupes on pourrait croire, en effet, qu'il dépend de l'épiblaste; mais la considération des stades antérieurs montre bien que leur soudure n'est qu'un fait secondaire.

Il résulte encore de tout ce qui précède, que les boules granuleuses sont des amas nutritifs qui n'ont rien à faire dans la formation des feuillets du germe. J. R.

Du développement de la portion céphalo-thoracique de l'embryon, par CADIAT (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol., septembre* 1878).

L'embryon, dès les premières heures de son apparition, se présente sous la forme d'une gouttière terminée supérieurement par un capuchon, dit *capuchon céphalique*, lequel est coiffé par le capuchon amniotique : la tête, le cou, le thorax se forment par une sorte de bourgeonnement au-dessus du capuchon céphalique : en effet, le trajet de la fente pleuro-péritonéale étant, à toutes les époques, tracé exactement par les insertions du capuchon amniotique, cette fente se sépare en cavité du péricarde et cavité du péritoine par une plicature de la couche mésodermique antérieure du capuchon céphalique, la portion horizontale de ce pli donnant le centre phrénique, tandis que sa partie verticale et l'angle de jonction forment la capsule celluleuse de tous les organes qui naissent à ce niveau (intestin, poumon, foie, tissu cellulaire des médiastins). — Les poumons se développent à la partie supérieure de la cavité pleuro-péritonéale et sont primitivement adhérents en avant, libres en arrière, disposition commune aux mammifères et aux oiseaux au début : à mesure que le poumon augmente de volume chez les mammifères, il repousse de chaque côté du cœur la cloison de séparation, et ainsi se trouve formé le médiastin avec les deux feuillets pleuraux qui le tapissent. M. DUVAL.

Remarques sur la genèse des éléments anatomiques ou théorie cellulaire, par Ch. ROBIN (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol., juillet* 1878).

Pour ce qui concerne la génération des éléments anatomiques, l'apparition du nouvel être débute par un phénomène de genèse, celle du noyau *vitellin* ou *pronucleus*, survenant peu après la fécondation. Ce noyau se segmente ; mais, grossissant au fur et à mesure qu'a lieu cette scission continue, il en résulte que de lui, né de la sorte, dérivent ainsi progressivement les noyaux de tous les éléments anatomiques permanents du nouvel être. Quant à la substance du vitellus même, qui se segmente en même temps que le pronucléus dont elle entoure les subdivisions sous forme d'autant de corps cellulaires, elle disparaît au fur et à mesure de ces segmentations et se résorbe. Alors, autour de chaque noyau, devenu libre et centre de génération, apparaît le corps cellulaire de tous les éléments permanents, avec ou sans dépendances

fibrillaires. C'est par genèse directe qu'a lieu cette apparition de la partie essentiellement active de chaque élément anatomique, sans que nul d'entre eux soit une transformation de quelque élément né avant lui, qui aurait déjà rempli quelque autre rôle physiologique, et dont il deviendrait une autre forme par addition ou par soustraction de matière, sans discontinuité de substance et d'existence... Outre ces noyaux apparus par genèse, par l'intermédiaire du pronucléus, on voit encore apparaître par genèse directe, les noyaux mêmes des épithéliums, ainsi que les substances amorphes. M. DUVAL.

Recherches sur la reproduction gemmipare et fissipare des noctiluques, par Ch. ROBIN (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol., septembre* 1878).

Nous n'avons à rendre compte ici, au sujet de ce mémoire, que de la partie qui se rapporte à une des questions les plus intéressantes de physiologie générale, celle du rôle du noyau de la cellule dans la segmentation. Sous ce rapport, les faits observés par Ch. Robin viennent confirmer et compléter ceux publiés par Auerbach, Strasburger, Bustchli, Van Beneden, etc. Chez les noctiluques, infusoires monocellulaires, l'on voit, à l'époque de la reproduction, l'oblitération de l'ouverture buccale ramener l'animal à l'état de cellule proprement dite, close de toute part, sphérique, pourvue d'une paroi propre, et d'un contenu protoplasmatique, avec un noyau sans nucléole. Lors de la segmentation de ce protoplasma, les phases de la division du noyau sont les suivantes : il s'allonge en un cylindre mousse aux deux bouts ; il devient très finement grenu au lieu de rester homogène. Aussitôt après, il devient très finement strié dans le sens de sa longueur; les stries sont nettes et résultent manifestement de la juxtaposition de très minces filaments incolores que la compression montre être mous et flexibles. Cette production fibrillaire, suivant le grand axe du noyau, est un fait constant dans la scission du noyau des plantes et des animaux, comme l'ont montré les auteurs précédemment cités. Bientôt les deux extrémités du noyau restées grenues deviennent sphériques, en demeurant reliées l'une à l'autre par le faisceau de fibrilles qui vient de se former, et ces deux extrémités constituent ainsi deux noyaux sphériques finement grenus, pendant que la bandelette de fibrilles s'amincit vers son milieu comme si elle était étirée; cet amincissement se prononce de plus en plus, il interrompt finalement la continuité des fibrilles, dont chaque moitié rentre alors peu à peu dans celui des deux nouveaux noyaux auquel elle est restée attenante par un bout. — En même temps la couche de substance sarcodique (protoplasma) qui est appliquée immédiatement sur le noyau se segmente sans offrir rien de spécial. M. DUVAL.

Die Furchen und Wülste am Grosshirn des Menschen (Anfractuosités et circonvolutions du cerveau de l'homme), par Ad. PANSCH (*Broch., Berlin*, 1879).

Dans ce travail, l'auteur nous fait une description originale des saillies et sillons de l'écorce cérébrale, en se fondant autant que possible sur le développement embryogénique et l'anatomie comparée.

Seules, les grandes fissures qui apparaissent pour ainsi dire en même temps que l'écorce doivent être considérées comme de premier ordre; elles ne varient pas, en effet, dans leur disposition générale et sont constantes; les sillons qui apparaissent plus tard sont sujets à varier comme disposition et comme constance.

Ce qu'il y a de remarquable encore, c'est que la profondeur des fissures est d'autant plus grande qu'elles se sont produites plus tôt. L'on peut, pour ainsi dire, lire sur le cerveau l'histoire du développement des sillons en recherchant leur profondeur.

L'auteur a pensé indiquer ce fait si important sur des figures où la grosseur du trait est proportionnelle à la profondeur de la fissure qu'il représente.

Ces points bien établis, il divise les fissures ou sillons en deux grandes catégories :

1° les fissures dites totales, qui s'enfoncent dans la masse cérébrale (*Total furchen*), liées au développement du cerveau.

2° les fissures de l'écorce, qui n'occupent que la surface ou peu de profondeur.

Les quatre premières sont : la fissure de Sylvius, la fissure occipitale, la fissure calcarine, la fissure de l'hippocampe.

Parmi les secondes, nous trouvons deux divisions : les sillons de premier ordre, qui se montrent vers le sixième mois, sont relativement constants et passablement profonds; tels sont le sillon de Rolando, le sillon pariétal, le sillon frontal, le sillon temporal, le sillon olfactif, le sillon occipito-temporal inférieur, le sillon callosomarginal, le sillon frontal supérieur, enfin l'occipital transverse.

L'auteur met chaque fois, à côté de sa dénomination, celle des autres auteurs.

La division de la surface cérébrale en lobes et lobules résulte de la disposition des fissures et sillons.

Sur la face latérale convexe nous trouvons les lobules suivants ou de premier ordre :

Lobule frontal inférieur, frontal supérieur, pariétal supérieur, pariétal inférieur, temporal supérieur, temporal inférieur.

Sur la face orbitaire :

Lobule orbitaire médian, orbitaire latéral.

Sur la face interne nous trouvons :

Le lobule médian fronto-pariétal, occipital.

Sur la face inférieure :

Le lobule occipito-temporal médian et le lobule occipito-temporal latéral.

Chaque lobule se divise en circonvolutions que nous connaissons. Je ne donnerai que la division des lobules de la face convexe.

Le lobule frontal inférieur comprend la troisième circonvolution frontale.

Le lobule frontal supérieur comprend la circonvolution prérolandique, la deuxième et la première circonvolution frontale.

Le lobule pariétal supérieur comprend la circonvolution postrolandique et la première circonvolution pariétale.

Le lobule pariétal inférieur la deuxième circonvolution pariétale.

Et ainsi de suite.

L'ouvrage se termine par un certain nombre de planches où sont figurées les différentes divisions que nous venons d'indiquer. E. SCHWARTZ.

The structure and functions of the olivary bodies (Structure et fonctions des corps olivaires), par W. Henry KESTEVEN (*St-Bartholom. hosp. Rep., t. XIII, p.* 59, 1877).

Après avoir indiqué la position des corps olivaires dans le bulbe, et leurs connexions anatomiques avec les parties environnantes, l'auteur décrit ainsi leur structure intime.

La *substance grise* des olives consiste en cellules nerveuses, en fibres, et en névroglie. Les cellules sont analogues à celles des circonvolutions encéphaliques. La substance fibreuse de cette portion des olives est formée en partie de névroglie, en partie de prolongements des cellules nerveuses, qui vraisemblablement communiquent entre elles.

La *substance blanche externe,* ou écorce de l'olive, consiste en deux couches de fibres. Les plis externes proviennent de certaines cellules internes des circonvolutions, qui envoient des prolongements convergents. Ceux-ci remontent en arrière, longent le bord supérieur de l'olive et de là s'infléchissent en bas, en dehors et en arrière vers la moelle cervicale.

La couche interne de l'écorce est formée de fibres émanées de la portion externe des circonvolutions de l'olive ; celles-ci croisent à angle droit les fibres de la couche externe, se dirigent d'avant en arrière et embrassent étroitement les bords des circonvolutions. En arrière de l'olive, ces fibres se dirigent dans la substance de la moelle ; quelques-unes passent en dedans du raphé pour former des commissures, d'autres en arrière et se perdent dans le tissu réticulé du bulbe : enfin un petit nombre s'accolent aux racines du trijumeau et du pneumogastrique.

Ainsi, les corps olivaires sont d'une part reliés entre eux, de l'autre, ils ont des connexions intimes avec les 5e, 8e et 9e paires. D'après l'auteur, l'olive serait l'organe central où se coordonneraient et s'harmoniseraient les mouvements des joues, de la langue et du pharynx, et où s'élaboreraient les phénomènes du goût. La mastication, la déglutition et la gustation seraient donc sous la dépendance immédiate des corps olivaires. H. RENDU.

Ueber eigenthümliche Schleifenbildung der Blutgefässe im Gehirn und Rückenmark der Saurier (Sur un mode spécial de terminaison par effilement et inosculation des vaisseaux sanguins dans le cerveau et la moelle des sauriens), par Jos. SCHÖBL (de Prague) (*Archiv f. mikroskop. Anatomie, t. XV, p.* 60, 1878).

L'auteur affirme qu'il a déjà signalé dès 1868, dans une monographie éditée par la Société des médecins de Bohême, la disposition particulière des réseaux vasculaires de la moelle des sauriens. Dans le cerveau et la moelle de ces animaux, chaque artère est accompagnée de sa veine correspondante, sans exception et sans la plus faible déviation, jusque dans ses divisions ultimes ; quand elle a atteint la finesse des capillaires, sans former aucun réseau, chaque branchiole s'abouche dans le ramuscule veineux correspondant après quelques sinuosités ou un simple effilement.

De cette manière, une artère ou une veine correspondante forment un système compliqué de ramifications toujours dichotomiques et d'une disposition très élégante. Chaque dernier rameau artériel forme avec sa veinule un *tout complètement isolé* qui ne communique jamais avec les rameaux voisins ni par réseau capillaire ni par anastomose. On ne connaît de disposition semblable dans nul autre organe d'aucun animal vertébré. Ce n'est que dans les saillies papillaires les plus fines des divers ordres que l'on trouve de simples sinuosités capillaires, et dès que la papille acquiert quelque dimension, aussitôt le réseau capillaire reparaît ; tel est le cas, par exemple des papilles des gencives ou des villosités intestinales.

Dans toutes les parties du cerveau du lézard, les vaisseaux émanés de la pie-mère présentent cette disposition dans la substance cérébrale. Dans la moelle allongée, même disposition : habituellement sinuosités terminales. Dans la partie de la moelle rapprochée de la moelle allongée, les vaisseaux pénètrent à la fois par toute la surface et par des rameaux qui cheminent dans le sillon longitudinal, et, entre ces deux ordres de vaisseaux, ni réseaux ni anastomoses. Plus bas, les vaisseaux arrivent à la moelle, de plus en plus rares, de la périphérie et presque exclusivement du sillon longitudinal ; partout ici encore absence de réseaux et d'anastomoses.

Les observations ont porté d'abord sur les lacertiens ; l'auteur a retrouvé ensuite la même disposition chez tous les sauriens à l'exception seulement des chamœleonidiens qui s'en éloignent d'ailleurs à d'autres points de vue. Chez les ophidiens les plus rapprochés des sauriens, il n'a jamais rencontré la même disposition, mais partout au contraire des réseaux capillaires à larges mailles. J. R.

Axencylinder und Ganglienzelle ; microscopische Studien über die Structur der Nervenfaser und Nervenzelle bei Wirbelthieren (Cylindre-axe et cellules ganglionnaires. Études microscopiques sur la structure du tube nerveux et de la cellule nerveuse chez les vertébrés), par H. SCHULTZE (*Arch. f. Anat. und Phys. de His et Braune, 4 et 5e fasc., p.* 259, 1878).

Ce travail comprend surtout une étude technique approfondie et minutieuse des éléments nerveux. L'auteur, après s'être servi de différents

réactifs tels que la solution salée, le sérum iodé, les acides chromiques, oxalique, osmique et leurs sels, arrive aux conclusions suivantes: les cylindres-axes des tubes à myéline et les cellules nerveuses ont présenté, ces dernières dans certains cas seulement, une structure fibrillaire. Ces fibrilles primitives doivent répondre sur le vivant à un élément très difficile à démontrer sur les préparations fraîches, mais que l'auteur a semblé entrevoir comme étant aussi fibrillaire. E. SCHWARTZ.

Zur Histologie der Nervenfaser und des Axencylinders (Contribution à l'étude histologique du tube nerveux et du cylindre-axe), par Th. RUMPF (médecin assistant de l'Institut électrothérapeutique d'Heidelberg) (*Untersuchungen aus dem physiologischen Institute von Heidelberg, t. II, fasc.* 2, 1878).

La digestion artificielle employée dans l'étude des tissus a permis à Kühne et Ewald de décrire un nouveau système de gaînes dans les tubes nerveux. Ce système se compose de deux gaînes dont l'une est immédiatement sous-jacente à la gaîne de Schwann qu'elle sépare de la myéline, et dont l'autre entoure le cylindre-axe. Ces deux gaînes qui englobent comme on le voit la myéline sont réunies par un certain nombre de tractus ; elles seraient de nature épithéliale et se rapprocheraient des épithéliums cornés (*Hornscheiden*) (Voy. *R. S. M.*, XIII, 21).

Rumpf est arrivé aux mêmes résultats que Kühne et Ewald en dissolvant la myéline au moyen de l'alcool, de l'éther, du chloroforme et en colorant les gaînes des nerfs ainsi préparés, par l'hématoxyline. Mais il constata de plus que l'espace vide compris entre la gaîne externe et la gaîne interne (gaine du cylindre-axe) n'est interrompu nulle part, même au niveau des étranglements annulaires de Ranvier. En ce point la gaîne externe s'étrangle et la gaîne du cylindre-axe passe, sans subir aucune modification, au travers de l'anneau ainsi formé ; le calibre de l'espace vide qui contenait la myéline se trouve donc rétréci à ce niveau, mais jamais sa lumière ne disparaît complètement, jamais la gaîne externe et celle du cylindre-axe ne s'accolent pour l'obstruer. L'eau distillée lui a donné des résultats analogues. De plus il constata, comme il s'y attendait d'ailleurs d'après la disposition précitée des gaînes au niveau de l'étranglement annulaire, que l'écoulement de myéline produit sous l'influence de l'eau distillée n'est jamais interrompu au niveau des anneaux de l'étranglement ; il s'y trouve toutefois plus ou moins gêné. Les tractus qui réunissent la gaîne externe à la gaîne interne seraient également sans influence sur l'écoulement de la myéline. Cet écoulement se ferait surtout nettement, quand on emploie l'eau distillée et se produirait beaucoup moins facilement, quand on se sert d'eau ordinaire ou d'eau chargée de sels. L'auteur pense que l'écoulement de la myéline ne peut être expliqué par son gonflement sous l'influence de l'eau ; cette altération de la myéline ne serait pas primitive mais secondaire. Il a remarqué en effet que le cylindre-axe des nerfs ainsi traités par l'eau distillée se gonfle considérablement. Ce gonflement du cylindre-axe produirait une compression de la myéline entre la gaîne externe et la gaîne interne et amènerait ainsi son écoulement. En soumettant à l'action de l'eau distillée des tubes nerveux privés de leur cylindre-axe (au moyen d'une solution

de chlorure de sodium) il put constater que l'écoulement de myéline manquait complètement ou se faisait à peine.

L'acide osmique produirait également la dilatation du cylindre-axe et l'écoulement de la myéline. Si l'on enlève la myéline de nerfs ainsi préparés à l'acide osmique en la dissolvant dans l'éther (ce à quoi on arrive facilement pourvu que le nerf n'ait pas séjourné trop longtemps dans l'acide osmique), on retrouve non colorées les deux gaines de Kühne, ce qui prouve que l'acide osmique ne colore pas ces gaines, mais leur contenu.

L'auteur fait remarquer que la myéline se contracte sous l'influence de l'acide osmique, ainsi se produirait une interruption dans le tube de myéline précisément au niveau des points où il est déjà étranglé normalement, c'est-à-dire au niveau des anneaux d'étranglement. Le cylindre-axe apparaît nettement sous l'influence des liquides qui dissolvent les graisses, ce qui prouve, comme l'avait déjà remarqué Kölliker, que le cylindre-axe n'est pas de nature graisseuse. Rumpf, ayant coloré le cylindre-axe en rouge au moyen du réactif de Millon, le considère comme de nature albuminoïde.

Le calibre normal du cylindre-axe serait inconnu. L'eau distillée et mieux encore une solution faible de potasse ou de sel marin feraient disparaître le cylindre-axe. Il en serait de même d'une température de 50 à 52° centigrades.

L'auteur passe ensuite à l'étude des altérations des nerfs succédant à leur section. Un nerf sectionné, mais non séparé de son muscle, perdrait en 52 heures environ son cylindre-axe (et cependant ce nerf n'en conserverait pas moins sa propriété contractile pendant plusieurs jours). Si, en laissant en place le nerf dans l'intérieur du corps de l'animal, on le sépare non seulement de son centre nerveux mais encore de son muscle, le cylindre-axe disparaît complètement en 48 à 72 heures environ ; l'altération se fait surtout aux deux extrémités du nerf.

L'auteur conclut de ces expériences que les centres nutritifs du cylindre-axe sont aussi bien médullaires que périphériques : médullaires, on sait en effet que l'extrémité libre du bout central d'un nerf sectionné demeure très longtemps inaltérée ; périphériques, comme l'ont montré les travaux de Kühne (*Archives de Reichert et Du Bois-Reymond*, 1860). Il fait remarquer toutefois que l'influence nutritive centrale serait de beaucoup prépondérante. Il rejette la théorie d'après laquelle le cylindre-axe se nourrirait par une sorte de diffusion au niveau des étranglements annulaires. En effet, la myéline n'est pas, selon toute probabilité, interrompue au niveau des étranglements, et les altérations précitées succédant aux lésions nerveuses prouvent que le cylindre-axe n'a pas de vie propre.

L'examen par le nitrate d'argent de nerfs, dont le cylindre-axe avait disparu à la suite d'une double section, a donné à Rumpf absolument les mêmes résultats que pour les nerfs dont le cylindre-axe était conservé. Il en conclut donc que le nitrate d'argent fournit sur la structure et la disposition du cylindre-axe des résultats erronés, le nitrate d'argent ne colorerait pas le cylindre-axe mais la gaîne qui l'entoure. H. LELOIR.

Zur Histologie der motorischen Nervenendigungen (Contribution à l'étude histologique des terminaisons nerveuses motrices), par W. KÜHNE (*Untersuchungen aus dem physiologischen Institute von Heidelberg, t. II, fasc.* 2, 1878).

L'auteur rappelle qu'il existe deux types de terminaisons nerveuses intramusculaires. Le premier, que l'on ne trouve que chez les amphibiens et peut-être aussi chez les poissons, se compose de cylindres-axes peu ramifiés mais assez étendus. Le deuxième, que l'on rencontre chez les reptiles et les mammifères, est constitué par une plaque formée de nombreuses ramifications s'anastomosant par places. Une série de recherches faites sur ces deux ordres de plaques lui a permis de constater que les nerfs moteurs ne possédent de gaines (*Hornscheiden*) qu'aussi loin que va leur gaîne de myéline ; or celle-ci ne dépasse jamais le sarcolemme. L'emploi du chlorure d'or dans l'étude des plaques motrices produirait des étranglements et des séparations dans les ramifications ; il pourrait même réduire la plaque terminale à une série de boules ou de massues complètement séparées les unes des autres. Cette méthode devrait donc être abandonnée pour la recherche des anastomoses. Le nitrate d'argent ne produirait pas les mêmes altérations, aussi permet-il de constater presque toujours les anastomoses, ce qui fait qu'elles n'ont point échappé aux auteurs qui ont employé ce procédé (Cohnheim, Ewald, Ciaccio). Kühne pense que les anastomoses sont plus nombreuses dans la plaque vivante que dans la plaque morte qui est moins étendue ; les arborisations de la plaque se réduiraient avec la mort tout en devenant plus nettes. Même avant la mort du muscle et avant qu'il ne soit devenu raide il se ferait dans les rameaux de l'arborisation qui se ratatine en quelque sorte, des étranglements et même des solutions de continuité ; en même temps les contours de l'arborisation deviendraient plus nets. Les mêmes modifications se rencontreraient, quoiqu'à un degré moindre, dans les plaques motrices d'animaux paralysés par le curare ; l'auteur se fait fort de reconnaître presque toujours des plaques motrices provenant d'un animal curarisé.

La semelle qui entoure l'arborisation n'englobe jamais ses bords, jamais l'arborisation ne se trouve enterrée complètement dans la semelle. Quelques lobes de l'arborisation se trouvent en contact direct avec la fibre musculaire.

Une solution de sulfate de fer au centième fait apparaître avec la plus grande netteté les dispositions précitées ; le muscle et le nerf sont successivement détruits, mais le muscle se détruisant le premier on peut étudier facilement pendant plusieurs heures la disposition de la plaque terminale. H. LELOIR.

Notiz über die Wirkung des Silbernitrats auf die Nervenfaser (Note sur l'action du nitrate d'argent sur les tubes nerveux), par L. MOROCHOWITZ (*Untersuchungen aus dem physiologischen Institute von Heidelberg*, 1878).

D'après l'auteur les striations transversales que le nitrate d'argent fait apparaître sur le cylindre-axe se produiraient non pas sur lui mais

sur la gaîne qui l'englobe. (*Innere Hornscheide de Kühne et Ewald.*)

H. LELOIR.

Ueber die Entwickelung der Nerven aus Plasmazellen beim Frosche (Du développement des nerfs aux dépens des cellules plasmatiques chez la grenouille). par KORYBUTT-DASYKIEWICZ (de Warschau) (*Archiv f. mikroskop. Anatomie t. XV, p.* 1, 1878).

Dans le cours de recherches sur le développement des nerfs périphériques, l'auteur a eu l'idée d'étudier au point de vue du développement des nerfs la néoformation des tissus que les grenouilles présentent au printemps.

Tout d'abord, de nombreuses cellules plasmatiques pénètrent entre les fibres nerveuses et sur le trajet des capillaires. Ces cellules sont ovales, le noyau est allongé, le protoplasma trouble contient de grosses granulations. Elles s'accroissent dans une direction parallèle aux fibres nerveuses et forment des traînées protoplasmiques plus ou moins alllongées. L'accroissement de la cellule prédomine ordinairement à un de ses pôles, un renflement se forme, le noyau se divise dans le même sens, jusqu'à ce que la cellule atteigne une nouvelle cellule plasmatique qui *paraît* se fusionner avec la première. L'auteur dit « *paraît* » parce que cette fusion ne peut être observée directement et qu'il n'est pas impossible qu'une seule cellule puisse donner une fibre nerveuse par un allongement continu; cependant le grand nombre des cellules plasmatiques situées entre les fibres nerveuses rend très probable ce développement par fusionnement. De ces séries de cellules protoplasmiques les unes augmentent en épaisseur, d'autres restent minces ; mais dans ces deux espèces de fibres apparaît une striation longitudinale d'abord punctiforme, plus tard finement linéaire et que l'apparence optique et la coloration par l'aniline permettent de considérer comme des cylindres d'axe placés les uns à côté des autres, disposition considérée par l'auteur comme appartenant à des fibres de Remak.

Bientôt les noyaux de l'intérieur de la fibre gagnent la périphérie et se multiplient jusqu'à ce qu'ils soient assez nombreux pour fournir une gaîne de Schwann aux cylindres d'axe émanés de cette striation longitudinale.

Alors la substance fondamentale se liquéfie ; elle ne se colore plus par l'aniline sans être encore sensible à l'action élective de l'osmium. Dans quelques fibres cette liquéfaction est très peu prononcée et les cylindres d'axe restent visibles jusqu'à l'apparition de la myéline.

La formation de la myéline commence ensuite par la production d'enveloppes particulières autour des jeunes cylindres d'axe; tantôt ce sont des accumulations variqueuses, tantôt des dépôts parallèles au cylindre d'axe. Souvent on voit un de ces cylindres d'axe s'anastomoser avec une fibre voisine et encore privée de myéline. On s'assure que la formation de la myéline n'est pas simultanée sur tous les cylindres d'axe d'une fibre-mère.

Sur les préparations, assez souvent on peut isoler une jeune fibre nerveuse; par places la myéline manque et on peut reconnaître qu'à ce

stade du développement, le cylindre d'axe est composé par la réunion de fibrilles extrêmement fines.

C'est surtout dans le sympathique de la grenouille que l'on observe la formation de ces fibres de Remak; ce sont des cylindres d'axe disposés en faisceaux et qui correspondent au genre de formation décrit plus haut aussi bien par leurs apparences extérieures que par leur mode de développement.

Cette transformation de fibres sans myéline, comparables à celles des nerfs des invertébrés en fibres à myéline, est d'un certain intérêt pour la *Phytogénie*.

Dans le nerf ischiatique de la grenouille l'auteur a observé un autre genre de formation des fibres nerveuses sur lequel il déclare avoir besoin de nouvelles études : pendant le mouvement de dénutrition certaines fibres nerveuses perdraient leur myéline ; et celle-ci se reproduirait d'une manière mal connue, quand l'animal est placé dans de meilleures conditions de nutrition.

Ce qui précède ne s'applique pas à la formation des éléments de la moelle épinière; il n'a été observé sur ce point aucune néoformation analogue à celle qui vient d'être décrite.

Les observations ont porté sur des grenouilles qui après avoir été privées de nourriture pendant 2 mois d'été ont été placées ensuite pendant 4 semaines dans d'excellentes conditions du nutrition. Les préparations ont été traitées par l'acide osmique à 1/200, puis colorées par le carmin ammoniacal. J. R.

Anatomische Untersuchungen über den Nervus depressor beim Menschen und Hunde (Recherches anatomiques sur le nerf dépresseur chez l'homme et le chien), par KREIDMANN (*Arch. f. Anat. u. Phys. de Du Bois-Reymond, fasc.* 5, 1878).

Dreschfeldt, Stilling et Berhent ayant fait des recherches infructueuses pour trouver le nerf dépresseur de l'homme et du chien, l'auteur a pensé que ces insuccès tenaient au défaut de la méthode employée. Avant d'en venir au chien et à l'homme, il faut le rechercher sur les animaux intermédiaires à ces derniers et au lapin, sur lequel le nerf est isolé dans toute la portion cervicale inférieure et situé entre le pneumogastrique et le sympathique du côté correspondant.

Kreidmann, guidé par cette vue de l'esprit, a fait des dissections sur des moutons, et voici, à ce sujet, le résultat de ses investigations :

Il existe, renfermé dans la même gaîne que le pneumogastrique, un rameau nerveux que distingue sa couleur plus claire. Quand on sépare ce rameau nerveux du reste du nerf, on trouve qu'il vient du laryngé supérieur et par un second petit filet du tronc du nerf pneumogastrique.

Quand on l'a séparé du faisceau nerveux commun, il reste à sa place une petite rigole.

La partie supérieure de ce nerf, seule, est isolée du nerf vague et en est séparée par une distance de 1 millimètre environ. Cet isolement persiste pendant l'espace de 7 à 8 millim.; puis les filets se confondraient absolument, n'était la couleur plus claire indiquée tout à l'heure.

C'est en se basant sur cette disposition que Kreidmann a cherché le dépresseur chez l'homme et chez le chien.

Chez le premier, le nerf dépresseur est uni intimement au pneumogastrique pendant tout son trajet. Ce n'est qu'à la partie supérieure du cou, là où naît le laryngé supérieur, que l'on voit se détacher du faisceau interne du vague qui fournit ce dernier un petit rameau nerveux qui, tout en étant dans la même gaîne, est cependant isolé dans l'espace de 3 millim. environ et a une teinte qui tranche sur le reste du tronc commun. L'auteur pense que c'est là le nerf dépresseur.

Chez le chien, l'on trouve la même disposition à peu près, seulement le nerf s'unit tantôt au sympathique, tantôt au pneumogastrique, contenus tous deux dans la même gaîne chez cet animal. E. SCHWARTZ.

Beiträge zur Lehre von der Nervendigung in den glatten Muskelfasern (Contribution à l'étude de la terminaison des nerfs dans les fibres musculaires lisses), par GSCHLEIDEN (*Arch. f. mikr. Anat.*, 3 *Heft*, 1877).

Après avoir exposé l'historique des recherches faites sur la question depuis les travaux de Frankenhaüser et d'Arnold jusqu'à ceux de Löwitz, Gschleiden expose les résultats de ses recherches personnelles sur la terminaison des nerfs dans les fibres lisses chez la sangsue. Chaque fibre musculaire lisse du tube intestinal de la sangsue reçoit une fibre nerveuse (*Endfibrille ou fibrille terminale*). Chez la grenouille il en est de même pour chaque série de cellules représentant une fibre lisse. Mais il n'existe rien d'analogue à la terminaison des fibres nerveuses dans les fibres musculaires striées chez l'un et l'autre de ces animaux. G. KUHFF.

Zur Kenntniss der Nerven der Ureteren (Note sur les nerfs des uretères), par Alexander DOGIEL (*Archiv f. mikroskop. Anatomie, t. XV, p.* 64, 1878).

Engelmann avait affirmé que les mouvements péristaltiques et antipéristaltiques des uretères se produisaient sans la participation du système nerveux; l'auteur a entrepris des recherches pour vérifier cette assertion, et il arrive à la conclusion contraire. Les recherches ont porté principalement sur le chien et le rat; chez ces animaux il décrit des ganglions nerveux siégeant aussi bien sur la partie supérieure que sur la partie inférieure des uretères; outre 3 ou 4 ganglions composés soit de 100 à 200 cellules, soit de 20 à 30 seulement, il décrit encore quelques groupes cellulaires plus petits, et même des cellules isolées situées sur le trajet des fibres nerveuses; les plus gros ganglions reçoivent de 3 à 4 filets nerveux. Ces ganglions siègent dans un tissu conjonctif lâche chargé de graisse, et ils sont difficiles à découvrir. J. R.

Contributions nouvelles à l'étude des terminaisons de nerfs tactiles; nerfs de la cornée, par DITLEVSEN (*Nord. Med. Arkiv, Bd X, n°* 5, 1878).

L'auteur ayant étudié antérieurement les terminaisons nerveuses dans l'épiderme des grenouilles entreprend aujourd'hui des recherches ana-

logues sur la cornée. Par sa transparence, sa structure et sa faible épaisseur, cette membrane se prête admirablement aux études microscopiques. Aussi a-t-on obtenu des résultats très satisfaisants dans celles qui ont été faites jusqu'ici. C'est dans la cornée que l'on a vu pour la première fois les cellules migratiles, les voies lymphatiques du tissu conjonctif, la terminaisons des fibres nerveuses dans l'épithélium. Il ne faudrait pourtant pas trop insister sur ce dernier point et sur les résultats obtenus en colorant les pièces avec le chlorure d'or, comme l'a fait Cohnheim. Les préparations ainsi obtenues ne peuvent démontrer d'une manière certaine l'existence de fibres nerveuses dans l'épithélium cornéen et elles ne donnent aucun renseignement sur leur terminaison.

D'après l'auteur, celle-ci se ferait dans la cornée comme sur tout le reste des téguments : à la surface de la lame élastique antérieure on trouverait des dépressions infundibuliformes du centre desquelles sortent les fibres nerveuses. Elles aboutissent à l'extrémité pointue d'une cellule pyriforme reposant au milieu des autres cellules de l'épithélium cornéen (*Basalcelle*). Parfois la fibre nerveuse épithéliale se divise en 2 et même 3 fibrilles se rendant isolément à des cellules terminales.

A ceci on peut objecter qu'il est extrêmement difficile de distinguer des fibrilles terminales. L'auteur répond que l'on reconnaît les cellules à leur forme et à leur éclat, que si l'on ne voit point les fibrilles qui leur aboutissent, c'est qu'elles sont placées profondément juste au centre de l'infundibulum de lame élastique. Si l'on examine au microscope la cornée d'un certain nombre d'animaux on trouvera chez quelques-uns d'entre eux que les cellules nerveuses terminales sont plus antérieures et dans ce cas on distinguera les fibrilles qui y arrivent. L'auteur a pu voir cette disposition chez le cochon, mais surtout chez le canard. Il s'est servi pour cela de préparations durcies dans une dilution étendue d'acide sulfurique et dans la liqueur de Müller. Dans ces conditions on voit que les fibres perforantes sortent directement de la lame élastique pour se rendre aux cellules. Les trajets obliques et relativement longs que l'on a décrits d'après des préparations colorées au chlorure d'or n'existeraient donc point, il ne saurait être question d'une sorte de plexus sous-épithélial ; si les résultats obtenus par cette méthode sont trop incertains pour qu'on puisse en tenir compte, en revanche il peut être intéressant de voir ce qu'elle indique relativement aux cellules nerveuses terminales. Elle les montre dans la cornée comme dans la muqueuse olfactive ou dans tout autre point de l'épithélium cutané. Nouvel argument en faveur de leur existence.

L. THOMAS.

Ueber die Tastkugelen des Entenschnabels (Des corpuscules du tact du bec du canard), par Fr. HESSE (*Archiv f. Anat. und Phys. de Du Bois Reymond*, 4e et 5e *fascicules*, *p.* 289, 1878).

Après avoir passé en revue les travaux sur la matière faite dans ces derniers temps, par Merkel, Axel Key, Retzius, Ranvier et Bolt, l'auteur passe successivement en revue la muqueuse du bec, puis celle de la langue du canard ; il précise l'endroit exact où se trouvent les sphères tactiles (*Tastkugeln*).

Elles se trouvent dans la muqueuse de la bouche en y comprenant celle qui tapisse le bec proprement dit et dans le tissu cellulaire de la muqueuse de la langue. Ces petits organes se trouvent mêlés à des corpuscules de Pacini, excepté à la face inférieure de la surface linguale, et sont logés surtout en grand nombre dans les grosses papilles plates des bords.

Comment est construite une sphère tactile ?

Elle est formée : 1) d'une capsule sphérique, envoyant au niveau d'un de ses grands diamètres, dans son intérieur, un cloisonnement incomplet (*Scheibenring*).

2) des cellules de recouvrement, situées, l'une au-dessus du cloisonnement, l'autre au-dessous et séparées là où ce cloisonnement cesse par,

3) la plaque tactile où aboutit le filet nerveux terminal.

Le diamètre de la sphère est de 60 millièmes de millimètre.

Telle est la configuration générale observée.

Il n'est pas rare cependant, de trouver de ces organes qui présentent plusieurs cellules de recouvrement séparées par plusieurs plaques tactiles.

Il n'y a jamais qu'un filet nerveux.

En général, la plaque tactile est parallèle à la surface cutanée ou muqueuse.

La capsule est une enveloppe de protection formée de tissu cellulaire. Elle est fermée partout excepté à l'endroit où entre le filet nerveux ; elle embrasse étroitement les 2 cellules de recouvrement.

La gaîne de Henle du nerf s'arrête à l'orifice et va se confondre avec la capsule. Sa face interne est revêtue d'une couche endothéliale.

Le diaphragme envoyé par la capsule représente un anneau qui vient s'insinuer entre les 2 cellules de recouvrement jusqu'au niveau où il rencontre la plaque tactile qu'il encadre.

Cet anneau est destiné à soutenir et à fixer les cellules de recouvrement et à protéger la plaque tactile.

Les cellules de recouvrement au nombre de deux au moins sont de grandes cellules hémisphériques avec un gros noyau au milieu.

Chaque sphère tactile reçoit une fibre à myéline qui perce la capsule au niveau de l'équateur et dont le cylindre-axe va se rendre dans la plaque tactile.

La gaîne de Henle ou périnèvre se confond avec la capsule, quant à la gaîne de Schwann, il est probable qu'elle va jusqu'où s'arrête la myéline. Là où le nerf touche la cellule de recouvrement, celle-ci est creusée en gouttière pour lui livrer passage. Le cylindre-axe se divise en autant de filaments qu'il y a de plaques.

Le cylindre-axe débarrassé de myéline, avant d'arriver à la plaque tactile, y pénètre en général entre sa périphérie et son centre, il se perd dans la substance granuleuse et légèrement dentelée à la périphérie. Elle est complètement indépendante des cellules de recouvrement.

La section des nerfs qui vont se rendre aux corpuscules tactiles amène leur dégénération. Ils deviennent alors beaucoup plus petits.

Les parties atteintes les premières comme structure sont le nerf et sa plaque tactile.

Tous les contours intérieurs sont devenus confus et ont perdu leur éclat et leur netteté.

La plaque tactile disparaît et les cellules de recouvrement s'atrophient.

Ordinairement après 6 semaines les lésions sont à leur maximum.

D'après les dispositions indiquées précédemment, il est manifeste que le sphère tactile est un organe de toucher et doit être rapprochée des corpuscules de Krause et de Meissner, chez les autres animaux.

E. SCHWARTZ.

Bemerkungen zur Anatomie der Tasthaare (**Recherches sur l'anatomie des poils tactiles**), par **Ludwig LOEWE** (de Berlin) (*Archiv für mikr. Anat.*, 1er *fascicule*, *p.* 60, *pl. IV*, 1878).

Avant d'exposer l'analyse de ce travail, il est nécessaire de dire d'abord comment est construit un poil tactile, sans quoi toute la description de l'auteur resterait inintelligible.

Supposons que la gaîne dermique qui enveloppe le poil se soit dédoublée pour former alentour de lui un sac analogue à une séreuse, que la partie inférieure de ce sac soit remplie par des vaisseaux caverneux contenus dans du tissu muqueux analogue au tissu connectif embryonnaire, et que la partie supérieure du sac précité soit occupée par un vaste sinus sanguin dans lequel sont ouverts les vaisseaux anfractueux de la partie inférieure, nous aurons une idée du sac sanguin d'un poil tactile.

Le poil, entouré par sa gaîne externe, fournie par le corps de Malpighi, est comme suspendu dans ce sac érectile à l'union du 1/3 supérieur avec le 1/3 moyen de la hauteur du sac; le poil et sa gaîne malpighienne sont entourés d'un *bourrelet annulaire* analogue au curseur du piston d'une seringue de Pravaz, et vers lequel convergent les nerfs.

Sur une coupe longitudinale d'un poil tactile de chauve-souris ou de cobaye, on voit le nerf cheminer avec de légères inflexions entre l'enveloppe interne du poil et les vaisseaux du corps caverneux. Sa direction croise celle du poil à angle aigu, et, à mesure que ce nerf s'élève, il se rapproche de la gaîne vitrée. Arrivé vers le bourrelet annulaire, il se place dans sa portion interne et inférieure et s'applique directement à ce niveau sur la gaîne vitrée. Un peu au-dessous du milieu de ce bourrelet, le nerf disparaît brusquement comme s'il était coupé et on ne peut le suivre plus loin. C'est là, sans doute, ce que la plupart des auteurs ont décrit un anneau nerveux. A ce niveau la gaîne externe de la racine du poil est un peu épaissie et nettement divisée en une partie externe sombre et une partie interne claire; ces deux parties sont nettement distinctes par leur coloration. Le contour de la portion sombre répond à la place où le nerf s'accole à la gaîne vitrée; elle se termine insensiblement des deux côtés, de telle sorte qu'elle a un aspect vaguement fusiforme. Les cellules de cette portion de la gaîne de la racine n'ont pas de propriétés particulières autres que la différence de coloration et leur nombre. L'auteur n'a jamais vu les fibres nerveuses pénétrer directement dans cette partie sombre et se rendre aux cellules isolément. Il n'a donc pas pu constater le réseau (décrit par

Arnstein), de terminaisons nerveuses intra-épithéliales; mais à défaut de preuves directes il s'appuie, pour adopter cette opinion, sur l'autorité de Merkel qui a insisté sur les relations de la coloration plus foncée des cellules épithéliales avec leurs propriétés dites *nerveuses*.

L'examen d'une coupe transversale confirme encore ces données; celle-ci doit être pratiquée dans la hauteur du bourrelet annulaire. On trouve alors une membrane vitrée extérieure entourant le sac pileux tout entier; un espace lymphatique (?) sépare aussi ce sac du tissu graisseux et musculaire sous-cutané; l'auteur n'a pas pu découvrir de cellules endothéliales sur la ligne limitante; dans cet espace interstitiel on trouve de fines fibres connectives s'étendant du tissu sous-cutané à la gaîne vitrée.

Au-dessous, l'enveloppe du poil se compose d'une membrane extérieure dense et d'une interne plus lâche qui paraît claire sur les préparations colorées au carmin. Au voisinage du bourrelet on trouve la section de nombreux troncs nerveux à myéline; de plus, la partie interne de l'enveloppe est très faiblement développée. L'aspect général de la section du bourrelet est celui d'une ellipse allongée. Entre les deux parties de cette enveloppe on trouve les vaisseaux du corps caverneux plus petits du côté du bourrelet, plus gros et plus nombreux du côté opposé. Le poil lui-même se montre en coupe arrondie sur les sections perpendiculaires à son axe et est situé d'une façon légèrement excentrique par rapport à la direction générale de l'organe entier.

Sur la face interne du bourrelet annulaire les couches cellulaires externes de la gaîne de la racine sont caractérisées par leur couleur sombre. Cette coloration sombre est due à ce que la couche de cellules cylindriques (qui correspond à la partie la plus profonde de la couche muqueuse de Malpighi), est constituée par une couche unicellulaire sur le reste de la circonférence du poil, tandis qu'à ce niveau elle est stratifiée en couches multiples. Cette coloration sombre à ce niveau paraît en rapport avec le développement considérable des troncs nerveux, il est donc naturel d'y voir un organe spécial du tact.

Le bourrelet annulaire devrait être considéré comme un support conjonctif du tact, sur lequel siège un épithélium qui ne diffère de celui des autres points de la gaîne de la racine que par son développement, d'une part, et d'autre part, par une modification spéciale des couches cellulaires inférieures dans lesquelles *vraisemblablement* il faut chercher les terminaisons nerveuses.

A la périphérie des poils tactiles on trouve de petits poils qui forment avec eux un angle aigu ouvert en haut. Tous ces petits poils sont réunis par une membrane et forment ainsi une sorte de manteau conique dont la base circulaire est à la peau, à la périphérie duquel sont les petits poils et dont l'axe est constitué par le gros poil tactile. Les petits poils sont des organes de secours pour l'organe du tact; on a cru qu'ils naissaient de la gaîne du poil principal; l'auteur ne veut pas l'affirmer et se contente de voir ici une disposition corrélative à la formation de poils nouveaux. J. R.

Ueber die Entstehung des Herzens bei Vogelembryonen (Note sur le développement du cœur chez les embryons d'oiseaux), par GASSER (*Arch. f. mikr. Anat.* 4 *Heft*, 1877).

La nouvelle édition de l'*Histoire du développement* de Kölliker renferme de nombreux documents et figures relatifs au développement du cœur des mammifères. Gasser croit devoir les compléter par la publication de ses recherches sur les embryons d'oiseaux; en voici les résultats :

1° Chez les oiseaux comme chez les mammifères le cœur est double à son origine ;

2° Les premières traces de cet organe s'aperçoivent sur des embryons de poulets à 3 ou 4 vertèbres primitives bien dessinées ;

3° Chez des embryons de cet âge, on voit sur une coupe pratiquée au niveau des deux replis d'ouverture de la *fovea cardiaca*, entre le feuillet muqueux et la lame fibro-intestinale des cellules fusiformes, cellules d'endothélium cardiaque; la paroi musculaire du cœur est fournie par un épaississement de la lame fibro-intestinale ;

4° Les replis d'entrée de la *fovea cardiaca* se rejoignent pour compléter la formation de cette cavité; les parois musculaires des rudiments du cœur, doubles jusqu'à l'époque où l'embryon possède 8 vertèbres primitives, se fusionnent et l'unité de l'organe s'achève chez l'embryon à 10 vertèbres par la fusion des deux endothéliums. G. KUHFF.

Die Ganglienzellen des Herzens bei verschiedenen Thieren und beim Menschen (Les cellules ganglionnaires du cœur chez l'homme et chez les animaux), par DOGIEL (*Arch. f. mikr. Anat.*, 4 *Heft*, *p.* 478, 1877).

Les travaux de divers auteurs ont bien fait connaître le mode de disposition des nerfs et des ganglions du cœur de la grenouille. Nos connaissances sur les cellules ganglionnaires du cœur des oiseaux et des mammifères sont moins satisfaisantes. Dogiel a entrepris de les compléter par des recherches sur un grand nombre d'animaux vertébrés et sur l'homme. Voici les conclusions de son travail :

1° On rencontre normalement des cellules ganglionnaires dans le cœur de la grenouille, de la tortue, des poissons, des oiseaux, des mammifères et de l'homme;

2° Dans le cœur des animaux énumérés et dans celui de l'homme, les ganglions sont disposés à l'embouchure des grandes veines, à la limite des oreillettes et des ventricules. Chez les mollusques et chez les insectes, les cellules nerveuses sont situées dans les interstices des fibres musculaires du cœur. Chez la grenouille, chez les poissons, oiseaux et mammifères, de même que chezl'homme, les ganglions cardiaques sont enchevêtrés dans les réseaux des ramifications des nerfs cardiaques sans contracter d'adhérences directes avec ces dernières et sans pénétrer dans la profondeur du muscle cardiaque. Leur situation est toujours superficielle. G. KUHFF.

Sur les groupes isogéniques des éléments cellulaires du cartilage. Note de J. RENAUT (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 1er *juillet* 1878).

Si l'on suit les phénomènes d'accroissement du cartilage dans les rayons des nageoires de la raie commune, on constate qu'une cellule se divise en deux, puis en quatre, puis en huit, etc., de façon à former un groupe qui provient uniquemment de ses bipartitions successives, et qu'on peut appeler *groupe isogénique* : ce groupe garde une forme générale concentrique à la cellule dont il provient (*groupe isogénique coronaire*). Ces groupes isogéniques coronaires, à l'arrivée des vaisseaux qui chez les poissons cartilagineux représentent les vaisseaux de l'ossification, se changent brusquemment en groupes isogéniques à direction axile, qui marchent pour ainsi dire, et par le plus court chemin, à la rencontre des vaisseaux. Ce fait serait général, d'après l'auteur : chez les batraciens, oiseaux, mammifères, on trouverait des groupes isogéniques coronaires très nets bien que moins élégants que chez les raies : les vaisseaux destinés à l'ossification modifient la forme de ces groupes, et chacun connaît en effet le mode de prolifération du cartilage interépiphysaire au-dessus de la ligne d'ossification, c'est-à-dire les longs boyaux qui marchent à la rencontre des vaisseaux, boyaux qui représentent des groupes *isogéniques axiaux*. M. DUVAL.

Beitrag zur Kentniss der Structur des Knorpels (Contribution à l'étude de la structure du cartilage), par NYKAMP (*Arch. f. mik. Anat.*, *Heft* 4, 1877).

L'auteur, se fondant sur l'examen de ses préparations et sur les résultats d'injections pratiquées dans des cartilages de diverses régions, admet qu'il existe dans le cartilage dit hyalin comme dans toutes les autres variétés de cartilage, un système de canalicules servant à la nutrition des cellules cartilagineuses. Nous rappellerons à ce sujet, les travaux précédemment analysés de Tillmans, Arnold, etc. KUHFF.

Ueber die Blutgefässe im Augenlide (Des vaisseaux de la paupière), par C. LAUGER (*Mediz. Jahrbücher*, *Heft* 3, 1878).

L'auteur étudie les vaisseaux de la paupière surtout dans la conjonctive et le cartilage tarse :

La paupière supérieure étant prise pour type, son arcade tarsienne inférieure donne deux séries de vaisseaux : les uns vont aux éléments situés en avant du cartilage, muscles, cils, peau et à toutes les glandes de Meibomius situées dans la partie dense du cartilage lui-même. Les autres se portent horizontalement en arrière sous le bord du tarse pour vasculariser d'une part la conjonctive voisine du bord des paupières et les glandes du segment inférieur du tarse, d'autre part la conjonctive tarsienne, mais seulement au voisinage du bord inférieur et sans envoyer à ce point de sang aux glandes. L'arcade tarsienne supérieure ou les vaisseaux qui la remplacent vont à la conjonctive en contournant le bord

supérieur du cartilage et en se portant à la rencontre des branches de l'arcade supérieure, mais sans donner de rameaux glandulaires.

De cette façon, la partie moyenne et dense du cartilage tarse sépare le territoire vasculaire situé en avant de lui du territoire conjonctival; cette cloison n'est traversée que par quelques veinules et quelques artérioles allant de la conjonctive aux glandes meibomiennes et jamais en sens contraire. La conjonctive tarsienne ne reçoit donc que des vaisseaux qui ont contourné le bord libre du cartilage. Quant aux glandes de Meibomius, elles sont surtout en rapport avec les vaisseaux du territoire vasculaire antérieur. Chaque glande possède un système capillaire propre, uni seulement par de fines anastomoses aux systèmes des glandes avoisinantes.

Au-dessous de la conjonctive, les artères forment une sorte de plexus d'où naissent les artérioles terminales qui diminuent peu à peu en abandonnant des branches toujours plus fines au réseau capillaire. Les veines au contraire sont des canaux courts et épais formés par la convergence de veinules qui aboutissent à un point central et donnent ainsi l'apparence d'étoiles veineuses.

Les capillaires de la conjonctive tarsienne ont un aspect moniliforme spécial : on y voit des renflements périphériques simulant de petits anévrismes ; ces nodosités ne sont pas des produits artificiels de l'injection; on les retrouve dans les capillaires du pharynx et du palais chez la grenouille et le crapaud.

Au bord libre de la paupière on constate que les mailles du réseau sous-conjonctival se sont agrandies et abandonnent des anses vasculaires aux papilles. Ces anses sont d'autant plus longues qu'elles sont destinées à des papilles plus voisines du bord libre, et formées par un rameau artériel très fin et un rameau veineux un peu plus épais.

Les veinules s'élèvent du bord palpébral jusqu'aux veines prétarsiennes, mais s'anastomosent aussi avec celles de la conjonctive tarsienne : il en résulte un réseau veineux serré, marqué sur le vivant par une zone rouge.

Les canaux glandulaires du cartilage et les points lacrymaux sont entourés de couronnes de capillaires. L. GALLIARD.

Ueber das Offenbleiben der Vena umbilicalis (De la perméabilité de la veine ombilicale), par Paul BAUMGARTEN (*Centr. bl. für med. Wiss., t. XV, p.* 40, 1877).

Il n'existe, dit Sappey, aucun fait bien authentique de la persistance de la veine ombilicale chez l'adulte. Les exemples qu'on en a donnés doivent être rapportés à la dilatation et à l'hypertrophie de l'une des veines portes accessoires, situées dans la partie inférieure du ligament suspenseur du foie; spécialement de celle qui s'ouvre constamment dans la branche gauche de la veine porte ou dans la portion de la veine ombilicale restée perméable. C'est à ce point de vue que Baumgarten a examiné 60 sujets.

Il introduit une soie de sanglier dans la portion restée perméable et fait ensuite des coupes à différentes hauteurs. Au niveau de la portion perméable, la lumière du vaisseau, rétrécie par une prolifération con-

jonctive des parois, est limitée par un endothélium net. Les coupes portant sur les portions suivantes font constater encore l'existence d'un canal dont les dimensions sont toutefois moindres; la lumière en est parfois cloisonnée par les brides qui partent des parois. Mais les injections poussées par l'extrémité postérieure arrivent jusque dans ce canal rétréci : à l'état frais il est rempli par du sang normal. La couche endothéliale est distincte. Ce n'est que la dernière portion de la veine ombilicale (celle qui s'insère à la paroi abdominale) qui est entièrement imperméable dans l'étendue de quelques centimètres. On retrouve au microscope, les parois de la veine.

Huit fois sur soixante, on pouvait introduire dans la veine ombilicale, et par la branche gauche de la veine porte, une sonde métallique, d'épaisseur variable. Elle pénétrait à 3-6 centimètres, et même davantage.

Il a été possible de voir (36 fois sur 60) sur la paroi interne de la branche gauche de la veine porte, un petit orifice béant qu'on a reconnu appartenir à la veine ombilicale.

Il existe donc dans le cordon de la veine ombilicale un canal qui s'étend plus ou moins loin. Dans celui-ci viennent s'aboucher, outre le rameau constant signalé par Burow, un grand nombre de petites veinules. En injectant la veine ombilicale chez l'embryon, au niveau du tiers moyen, on voit se dessiner dans les parties attenantes, deux réseaux l'un sous-séreux, l'autre sous-cutané. Chez l'adulte, cette injection réussit parfaitement. On a trouvé dans un cas de cirrhose présenté à la Société anatomique de Königsberg, la veine ombilicale dilatée au point de permettre l'introduction du petit doigt.

Quant au canal veineux d'Arantius on peut s'assurer sur des coupes que sa lumière rétrécie, mais non oblitérée, contient des corpuscules sanguins normaux. Dans les cas d'obstacles à la circulation porte dans le foie, ce canal pourrait donc devenir le point de départ d'un courant dérivatif. ASSAKY.

Die Glandula tympanica des Menschen (La glandule tympanique chez l'homme), par W. KRAUSE (*Centralbl. f. d. medicin. Wissensch.*, n° 41, 1878).

Le nerf tympanique, peu après s'être détaché du ganglion pétreux, présente un petit renflement de 4 millimètres de long sur 1 millimètre au plus d'épaisseur; quand les veines sont remplies de sang, ce petit corps ressemble à un ganglion à cause de sa couleur rouge; quand au contraire les vaisseaux sont vides, il est pâle et il paraît n'être qu'un épaississement du périoste. Ce n'est en réalité ni l'un ni l'autre.

Il est formé par une substance fondamentale de nature conjonctive renfermant des fibres élastiques et de nombreux vaisseaux (artères, veines et capillaires en réseau). Les artères sont formées par le rameau tympanique de la pharyngienne ascendante qui accompagne le nerf tympanique. Ce qui distingue le tissu en question, c'est la présence de cellules pyramidales et triangulaires ou étoilées en plus ou moins grand nombre, disposées quelquefois de manière à former des espèces de canaux qui rappellent la structure de la glande intercarotidienne : comme celle-ci et comme la glande pinéale, le renflement gangliforme du nerf

tympanique est un vestige d'une production embryonnaire. Il doit être désigné du nom de glande tympanique branchiale ; c'est une glande vasculaire sanguine, elle représente un reste du revêtement de la première fente branchiale et de ce qui doit être plus tard la muqueuse de la caisse. G. HOMOLLE.

Untersuchungen über das Verhalten der Blutgefässe und des Blutgefässkreislaufs des Trommelfells und Hammergriffes (Recherches sur les vaisseaux et la circulation sanguine dans la membrane du tympan et dans le manche du marteau), par MOOS (*Arch. f. Aügen. u. Ohrenheilk.*, *t. IV*, *p.* 475).

Les recherches considérables entreprises par l'auteur ont été faites sur le chien, le lapin, le mouton, le veau et la chèvre ainsi que chez l'homme, aux différentes époques de la vie. Les résultats qu'il a obtenus confirmaient ceux auxquels étaient arrivés Kessel, Prussak, Rüdinger et les autres auteurs qui ont travaillé ce sujet. Il décrit d'abord les vaisseaux sanguins de la membrane de Sharpnell et montre que les veines qui en perforent la moitié postérieure, constituent la principale voie de retour du sang de la caisse dans le conduit auditif externe. Il passe ensuite au réseau vasculaire externe de la membrane tympanique, puis aux veines de la couche cutanée et aux vaisseaux de la couche propre. A propos de cette dernière, il dit y avoir rencontré de nombreuses anastomoses entre les veines de la muqueuse et celles du derme, par contre, aucune communication entre les vaisseaux artériels correspondants. Il n'a pu, non plus, trouver dans les zones intermédiaires le réseau capillaire décrit par Kessel entre la couche de fibres circulaires et la couche de fibres radiées; tandis que dans la portion de membrane propre correspondant au manche du marteau, il a parfaitement constaté des lacunes produites par la section de vaisseaux transversaux et longitudinaux. Relativement à la circulation du manche du marteau et des parties avoisinantes de la membrane propre, nous dirons que Moos attribue très peu d'importance pour la nutrition du manche du marteau aux rameaux provenant des artères du derme. La source principale des vaisseaux qui président à sa nutrition, serait au contraire constituée par une artère accolée à sa face interne, et formée : 1° par un rameau tympanique de l'artère temporale pénétrant par la fissure de Glaser; 2° par un rameau fourni par l'artère stylomastoïdienne. En terminant, l'auteur étudie le réseau vasculaire interne de la membrane du tympan. En somme, le sang passe par trois voies de la caisse dans le conduit auditif externe. Il sort en effet d'abord par toute la périphérie de l'anneau cartilagineux, puis le long du manche du marteau à travers la membrane de Sharpnell, et enfin, par des veines perforantes situées dans la zone intermédiaire : En général, la disposition du réseau vasculaire des couches de la membrane tympanique favorise la circulation en retour, et si l'on ajoute les nombreuses anastomoses capillaires qui existent partout, on comprendra la rapidité avec laquelle disparaissent les troubles circulatoires de cette région. R. CALMETTES.

Beitrag zur Entwickl ungsgeschichte des Steigbugels u des ovalen Fensters (Contribution à l'embryogénie de l'étrier et de la fenêtre ovale), par J. GRUBER (*Monatschrift für Ohrenheilkunde, t. XII*, 1877).

Contrairement à l'opinion de Reichert et d'un certain nombre d'auteurs, Gruber a constaté que l'étrier ne se développe pas aux dépens de la bande cartilagineuse viscérale du deuxième arc viscéral, mais bien aux dépens de la vertèbre crânienne dans la partie où prend naissance la capsule labyrinthique. Dans son premier stade de développement, il apparaît sur la paroi externe de la capsule, sous la forme d'une petite saillie dirigée vers la caisse tympanique ; ses parties constituantes forment encore un tout continu. Ses branches ne sont pas encore distinctes, la base de l'étrier ne se sépare pas encore de la capsule labyrinthique avoisinante, mais déjà chez un embryon de lapin, long de deux centimètres, il est facile de voir la réunion de l'étrier au marteau. De même à cette période, on voit que ce qui formera plus tard la base de l'étrier est profondément enfoncé vers le vestibule, la masse labyrinthique faisant tout autour une saillie notable vers la caisse ; cette disposition nous explique la formation de la niche de la fenêtre ovale, dans laquelle, l'osselet sera plus tard en grande partie contenu. La base de l'étrier à une époque plus avancée, se distingue peu à peu des bords de la fenêtre, cette délimitation commence en un point et s'étend graduellement.

Il se passe toujours un temps considérable avant qu'elle ne soit complète. Les branches de l'étrier ne se forment également que plus tard par résorption.

Quant à ce qui concerne la formation de la fenêtre ovale, on voit d'après ce qui précède que, à aucune période du développement, elle ne préexiste pour recevoir la base de l'étrier, mais qu'au contraire elle résulte pour ainsi dire de la formation de cette base, aux dépens de la substance du labyrinthe. R. C.

Ein Fall von einseitigem Fehlen aller Bögengänge bei der Taube (Un cas d'absence des canaux semi-circulaires chez le pigeon), par MUNK (*Archiv f. Anat. u. Phys., p.* 347, 1878).

Ce pigeon pouvait se tenir debout, marchait assez bien, quoique avec une certaine lenteur ; en marchant, il inclinait toujours à gauche. Il ne pouvait voler, et retombait assez lourdement par terre. La tête était constamment dans une position vicieuse ; le bec toujours porté à gauche, et la tête inclinée de telle sorte que l'œil droit regardait en bas, et l'œil gauche en haut.

A l'autopsie, on constata que les canaux semi-circulaires du côté droit faisaient complétement défaut. Le côté gauche était normal. Le cervelet et les lobes optiques parfaitement sains.

Munck ne sait pas s'il y a des faits semblables dans la science. CH. R.

Die Einwanderung der Bicepssehne in das Schultergelenk (De l'entrée du tendon bicipital dans l'articulation de l'épaule), par H. WELCKER (*Arch. f. Anat. und Phys., Heft* 1, *p.* 20, 1878).

Dans ce travail l'auteur expose ses recherches sur un grand nombre d'animaux. D'après elles il semble disposé à conclure que le tendon est entouré d'un endothélium qui n'est pas celui de le synoviale articulaire, mais celui de la bourse séreuse existant chez les animaux à tendon extra-articulaire. Il nous montre les différents degrés intermédiaires, depuis la position extérieure, jusqu'à la place qu'occupe le tendon chez l'homme.

SCHWARTZ.

Die Ueberosmiumsäure in Verbindung mit der Oxalsäure als microscopisches Färbemittel (Association de l'acide osmique et de l'acide oxalique comme moyen de colorer les pièces microscopiques), par BROESICKE (*Centralbl. f. die medicin. Wissench.*, *n°* 46, 1878).

Lorsqu'on place de petits fragments ou des coupes de tissus frais dans une solution d'acide osmique à 1 0/0, pendant une heure, qu'après avoir bien lavé la pièce on la traite pendant 24 heures au plus par une solution d'acide oxalique au quinzième, et qu'enfin on l'examine dans l'eau ou la glycérine, on constate que les divers tissus ont pris des colorations différentes.

La mucine, la cellulose, l'amidon, les bactéries, la couche externe de certains champignons, la gaîne de Schwann et les cylindres d'axe, les fibrilles osseuses d'Ebner, et le tissu osseux non décalcifié, sont à peine colorés ; le corps vitré, la substance fondamentale de la cornée, la paroi des capillaires et diverses substances intercellulaires de nature conjonctive prennent une teinte cramoisie claire ; les fibres du cristallin et les fibres musculaires, le tissu tendineux, le cartilage hyalin, la substance interfibrillaire des os décalcifiés et la plupart des corps riches en albumine sont d'un rouge foncé; enfin la myéline, la plupart des noyaux et des cellules, sont d'un rouge moins foncé. Les fibres élastiques conservent la coloration jaunâtre et la graisse la couleur noire qu'elles prennent avec l'acide osmique seul.

G. HOMOLLE.

Application of freezing methods to the microscopic examination of the brain (Application des méthodes de congélation à l'examen microscopique du cerveau), par BEVAN LEWIS (*Brain, p.* 348, *octobre* 1878).

L'auteur, frappé des inconvénients que présente pour l'examen microscopique du cerveau le durcissement dans l'acide chromique a imaginé d'avoir recours à la congélation rapide du tissu nerveux. Comme l'application de glace ou de mélanges réfrigérants est chose fort difficile, il a imaginé un instrument spécial au moyen duquel la congélation presque instantanée de petites portions du cerveau est faite facilement. C'est une sorte de microtome analogue à celui de Stirling, dont la partie supérieure est occupée par la chambre à congélation. Celle-ci est formée par

un cylindre creux de zinc, où l'on place les fragments d'encéphale et où l'on détermine le froid au moyen de l'évaporation de l'éther. L'instrument est disposé de façon à permettre de pratiquer des coupes à la fois larges et minces. Celles-ci sont traitées ensuite par l'acide osmique et l'aniline, puis montées dans du baume de Canada. De cette façon on obtient des préparations d'une beauté et d'une netteté incomparables. En effet, dans les préparations ordinaires la graisse de la myéline se diffuse partout, ici, au contraire, elle est fixée par la congélation, qui permet d'étudier les rapports réciproques de la névroglie et des fibres nerveuses.

L'auteur donne une série de mensurations de l'épaisseur de la couche grise des circonvolutions, obtenues par cette méthode, et, comparées aux autres procédés ; il en ressort que les éléments nerveux des circonvolutions forment des couches plus épaisses qu'on ne l'aurait pu croire, en se rapportant aux données fournies par l'histologie classique. H. R.

PHYSIOLOGIE.

Cerebral thermometry (Thermomètrie cérébrale), par LAUDON CARTER GRAY (*New York Medical Journ., août* 1878).

Les recherches ont été faites sur cent deux personnes, toutes du sexe masculin, tant médecins, qu'étudiants en médecine ; les thermomètres étaient appliqués sur les 3 régions frontale, pariétale et occipitale. Le thermomètre employé était celui du Dr Seguin. (Seguin's surface thermometer.)

L'auteur pose les conclusions suivantes :

1° La température moyenne de la région frontale gauche est de 34,64, celle de la région droite de 34,28 ;

2° La température moyenne de la région pariétale gauche et de 34,67, celle de la région droite de 34,21 ;

3° La température moyenne de la région occipitale gauche est de 33,80, celle de la région droite est de 33,30 ;

4° La température moyenne de la tête est à gauche de 34,35, à droite de 33,85 ;

5° La température moyenne de la tête, à l'exclusion du vertex, est de 34,17 ;

6° La température moyenne de la région motrice du vertex est de 33,15 ;

7° La température moyenne de toute la tête est de 33,80 ;

8° S'il y a une variation de température dans une des régions latérales de plus de 0,80, au-dessus ou au-dessous de la température moyenne, on doit soupçonner en ce point un changement anormal ;

9° Si la variation est de 1,10, en plus ou en moins de la température moyenne on peut affirmer l'existence d'un changement anormal ;

10° Si l'élévation de la température moyenne atteignait en une région du côté droit un degré supérieur à la température moyenne du côté gauche dans le point correspondant, ce fait augmenterait le soupçon, ou confirmerait l'évidence;

11° Il est nécessaire pour que ces conclusions aient autorité que la température du corps au même moment soit normale.

L'auteur rapporte un cas où il put appliquer ses thermomètres d'une manière fructueuse, et localiser une lésion cérébrale.

Il s'agissait d'une femme chez laquelle on avait diagnostiqué l'existence d'une tumeur intra-crânienne, on trouva comme température

	GAUCHE	DROITE
	—	—
A la région frontale....	35,97	36,85
A la région pariétale...	35	37,63
A la région occipitale..	35,97	38

La température du corps était normale ; l'auteur affirma l'existence d'une lésion dans le lobe occipital; celui-ci fut trouvé, en effet, à l'autopsie transformé en une masse colloïde vasculaire, que l'on reconnut pour un gliome. H. L.

Sur les excitations de certaines parties de l'encéphale, par BOCHEFONTAINE (*Soc. de biol.*, 9 *février* 1878).

Il s'agit d'une excitation du corps strié et de la couche optique du côté gauche ; puis d'une excitation isolée du faisceau blanc qui est en rapport avec la région motrice et sensible du gyrus sigmoïde. Ces expériences ont été faites par M. Vulpian à son cours de pathologie expérimentale, le 8 juillet 1877.

On arrive, en procédant avec toutes les précautions indiquées, à se convaincre que la région de substance blanche qui est excitable et dont l'excitation provoque de la douleur et, en outre, des mouvements dans les membres du côté opposé, n'a pas plus de 3 à 4 millimètres d'épaisseur. Quand le fil introduit dans l'hémisphère cérébral n'a pas atteint cette région, il n'y a aucun effet ; dès qu'il l'a atteinte et pendant qu'il la traverse, on constate les phénomènes susindiqués ; aussitôt qu'il l'a dépassée, il n'y a plus ni douleurs ni stimulation motrice croisée. La bande de substance blanche en question est évidemment formée de fibres qui mettent la région excito-motrice et sensible du gyrus sigmoïde en rapport avec les parties basilaires de l'encéphale.

Si maintenant on se reporte à l'opinion émise par M. Vulpian, que toute l'écorce grise du cerveau est un centre trophique pour la bande de substance blanche excito-motrice qui se rend au gyrus sigmoïde, on conçoit facilement que la destruction du gyrus supprime la communication du faisceau blanc avec ce centre trophique. Le faisceau blanc perd alors ses propriétés physiologiques comme toute fibre nerveuse placée dans de

pareilles conditions ; puis il dégénère, conformément à la loi de Waller. De là la dégénération descendante de la substance blanche cérébrale, signalée par M. Charcot. De là aussi cette dégénération descendante, s'étendant jusqu'aux pyramides, souvent constatée expérimentalement chez les chiens par M. Vulpian. L. G. R.

Sur les phénomènes orbito-oculaires produits chez les mammifères par l'excitation du bout central du nerf sciatique, après l'excision du ganglion cervical supérieur et du ganglion thoracique supérieur, par A. VULPIAN (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 5 *août* 1878).

Après avoir enlevé complètement le ganglion cervical supérieur et le ganglion thoracique, si l'on curarise les animaux opérés et qu'on les soumette à la respiration artificielle, on voit la pupille se dilater notablement chaque fois qu'on électrise le bout supérieur du nerf sciatique coupé. Il est donc évident que des fibres sympathiques ou jouant le même rôle qu'elles sont fournies à l'iris par certains nerfs crâniens. L'idée qui se présente tout d'abord à l'esprit, c'est que ces fibres proviendraient du nerf trijumeau, car on sait que la section de ce nerf, même faite entre le glanglion de Gasser et la protubérance détermine, entre autres effets, une constriction considérable de la pupille du côté correspondant. Quelques expériences tentées dans ce sens, tout en confirmant cette idée, sont cependant de nature à faire soupçonner que le nerf trijumeau n'est pas le seul qui donne des fibres agissant sur l'appareil oculaire comme celles qui proviennent des ganglions sympathiques. M. DUVAL.

In welcher Weise tritt die negative Schwankung durch das Spinalganglion (Comment la variation négative traverse le ganglion spinal), par EXNER (*Archiv f. Anat. u. Phys.*, *p.* 567-570. 1877).

Les expériences d'Exner ont été faites sur le nerf ischiatique de la grenouille. L'auteur a employé la méthode de Bernstein pour mesurer la vitesse et la grandeur de l'onde négative nerveuse.

Il a constaté aussi que la modification de l'électricité moléculaire du ganglion est identique à celle du nerf, dans sa forme, sa vitesse et sa durée, aussi bien dans le sens centripète que dans le sens centrifuge, comme Du Bois-Reymond l'avait constaté il y a longtemps pour le nerf. CH. R.

Ueber das Verhalten der Pupillen während des Schlafes nebst Bemerkungen zur Innervation der Iris (De la pupille pendant le sommeil et de l'innervation de l'iris), par RAEHLMANN et WITKOWSKI (*Archiv. für Anat. u. Phys.*, *p.* 109, 1878).

Ce travail, riche en indications bibliographiques, contient peu de faits nouveaux.

Dans un travail précédent (même recueil 1877. p. 454), les mêmes au-

teurs ont montré que pendant le sommeil les yeux ne sont pas immobiles, mais agités de mouvements qui ne sont pas associés, comme dans la vision binoculaire, à l'état de veille. De plus, ils ont remarqué, conformément à l'opinion de la plupart des médecins, que, pendant le sommeil, la pupille est presque toujours très-resserrée. Si on soulève la paupière d'un individu profondément endormi et respirant avec régularité, on verra que sa pupille est immobile, et toujours très étroite, si étroite qu'elle a à peine les dimensions d'une tête d'épingle. R. et W, pensent que c'est pendant un sommeil profond qu'elle a le diamètre physiologique minimum. Dans un sommeil léger au contraire elle n'est que moyennement étroite.

Pendant le sommeil, la pupille réagit à la lumière, comme pendant la veille : on peut s'en rendre compte en l'examinant avec une forte loupe. Mais sa constriction est souvent telle qu'on ne peut pas constater l'effet de constriction que produit la lumière.

Les excitations de la sensibilité ont pour résultat constant la dilatation pupillaire : cependant, quand le sommeil est profond, il faut des excitations très fortes et qui réveillent la personne observée. Mais, dans le sommeil léger, le plus faible chatouillement suffit pour faire dilater la pupille.

En éveillant brusquement un individu et en observant sa pupille, on voit qu'elle se dilate tout d'abord extrêmement, et qu'elle revient ensuite lentement à l'état normal.

Dans le sommeil du chloral et de la morphine, on observe aussi cette constriction pupillaire.

Les mouvements associés ou uni-latéraux de convergence ne modifient pas le diamètre de la pupille, pendant le sommeil; il en est de même des mouvements de divergence.

R. et W. concluent de ces faits que les changements de diamètre de la pupille chez les individus endormis ne dépendent pas de l'accommodation de l'œil non plus que de la convergence. D'ailleurs, ils ont vu sur des enfants nouveau-nés que ces mouvements de convergence ne rétrécissaient pas la pupille. Souvent même ils ont vu alors la pupille très-dilatée.

Ils pensent que, pendant la veille, les mouvements de la pupille sont liés aux mouvements d'accommodation et de convergence, et qu'il y a trois actions synergiques qui constituent l'acte visuel volontaire — mouvements d'accommodation —de convergence — de constriction ou dilatation pupillaire (Il est d'ailleurs regrettable que les auteurs ne citent pas le travail si complet et si original de Drouin sur la pupille).

R. et W. examinent ensuite les différentes conditions psychiques qui produisent des changements dans le diamètre pupillaire. En examinant à l'ophthalmoscope la pupille de jeunes sujets, on peut, par un bruit soudain, faire dilater leur pupille, même alors que l'œil reçoit beaucoup de lumière. Ils admettent que le diamètre de la pupille ne dépend pas seulement de la quantité de lumière incidente et des efforts d'accommodation, mais qu'il y a un troisième facteur, à savoir l'innervation centrale : l'iris reflète en quelque sorte les émotions intérieures, et traduit par sa dilatation, plus ou moins grande, le degré d'excitation des centres nerveux. Ces excitations cheminant par la moelle allongée et la moelle suivent la voie du grand sympathique pour se rendre à l'iris. A l'état de veille,

l'équilibre est complet, et les excitations cérébrales modérées maintiennent la pupille dans un état intermédiaire à la dilatation et à la constriction.

C'est ainsi que les auteurs expliquent l'état de constriction de l'iris pendant le sommeil. L'absence d'excitations venues du dehors fait que l'iris ne se dilate pas. Cette opinion concorde avec les recherches de Pflüger et de Heubel sur la cause du sommeil. Pour ces auteurs, en effet, le sommeil est produit par le manque d'excitations extérieures.

CHARLES RICHET.

Note sur le défaut de subordination des mouvements de la pupille aux modifications vasculaires ; sur la distinction des nerfs ciliaires ou constricteurs et dilatateurs de l'iris, et sur les rapidités différentes du resserrement et de la dilatation, par François FRANCK (*Gaz. hebdomad.*, 9 *août* 1878).

Des expériences précises faites sur des animaux ont permis à l'auteur de constater les faits suivants :

1° La dilatation de la pupille résultant de l'excitation du sympathique au cou se produit avant que les vaisseaux n'aient commencé à se resserrer ;

2° Cette dilatation a atteint son maximum pendant que les vaisseaux continuent à se resserrer, l'excitation étant suspendue ;

3° Le resserrement pupillaire commence pendant la phase d'augmentation du resserrement vasculaire ;

4° La pupille est déjà complétement resserrée, elle a même pris un diamètre moins considérable qu'avant l'excitation, alors que les vaisseaux ne sont pas encore relâchés.

M. Franck en conclut qu'il est impossible d'admettre que la dilatation de la pupille soit sous la dépendance du resserrement des vaisseaux ; elle débute plus tôt et se prolonge beaucoup moins.

Il a observé en outre, dans le cours de ces expériences, que presque tous les nerfs ciliaires sont constricteurs de la pupille. Sur 9 ou 10 qu'il a pu étudier chez le chien, il n'y en a que 2 ou 3 dont l'excitation périphérique produise la dilatation pupillaire. Les premiers viennent du moteur oculaire commun, les autres de la branche ophthalmique.

Quant à l'action de ces nerfs sur la pupille, M. François Franck a trouvé :

1° que l'excitation d'un seul filet ciliaire constricteur ou dilatateur détermine un effet d'ensemble régulier (constriction ou dilatation), sans qu'on puisse constater une déformation indiquant une prédominance d'action en un point circonscrit de l'iris. Pour expliquer ce phénomène, M. Franck admet qu'il existe, dans le réseau nerveux de l'iris, une association intime des filets que reçoit cette membrane, association telle que l'excitation d'un seul filet retentit sur l'appareil nerveux tout entier ;

2° que le resserrement de l'iris, produit soit par l'excitation d'un seul filet ciliaire constricteur, soit par l'excitation du moteur oculaire commun lui-même, survient toujours plus rapidement après l'excitation que la

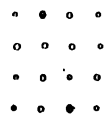
dilatation pupillaire déterminée soit par l'excitation d'un nerf ciliaire dilatateur, soit par l'excitation d'un cordon sympathique au cou. Cette différence a été quelquefois dans le rapport de 1 à 30.

M. François Franck pense que la cause de cette différence dans la rapidité de réaction des muscles à l'excitation réside à la périphérie même des nerfs, dans les appareils terminaux intra-musculaires des filets constricteurs et des filets dilatateurs. ARMAND PAULIER.

Eine Notiz über Farbenempfindung (Note sur la sensation des couleurs), par Eugène FICK (*Archiv für die gesammte Physiologie von Pflüger, t. XVII. p.* 152).

Les objets colorés vus sous un très petit angle ne donnent plus la sensation des couleurs; ils donnent seulement la sensation d'un objet éclairé par la lumière blanche.

L'observateur se place dans une chambre obscure communiquant avec un vestibule éclairé successivement au moyen de papiers de diverses couleurs. La chambre noire ne reçoit de lumière de la chambre éclairée que par un carreau sur lequel on a collé une feuille de papier percée d'un petit trou de 4/10e de millimètre de diamètre, au moyen d'une aiguille fine. L'observateur se place à $6^m,5$ du papier. Dans ces conditions, il ne peut jamais reconnaître la couleur de la lumière qu'il reçoit par le petit orifice. Au lieu d'un trou on en perce un certain nombre, par exemple, 16 disposés en carré de la manière suivante :



à 2 centimètres de distance l'un de l'autre, distance telle qu'ils apparaissent à l'observateur comme des points distincts. Dans ces conditions, on reconnaît parfaitement la couleur des objets placés dans la chambre éclairée. DASTRE.

Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der meridionalen (Längs) Fasern des Ciliarmuskels (Recherches expérimentales sur l'action des fibres méridiennes et longitudinales du muscle ciliaire), par G. HOCK (*Centralbl. f. die medic. Wissench.*, n° 43, 1878).

Les principales dispositions prises par l'auteur pour donner à ses expériences la plus grande exactitude possible sont les suivantes : il opère sur des chiens curarisés ; il isole la branche de l'oculo-moteur qui fournit la racine courte du ganglion ciliaire ; pour maintenir un certain degré de dilatation pupillaire, il excite simultanément avec l'oculo-moteur le grand sympathique ; il produit les images réfléchies du cristallin au moyen d'une lampe de Drummond et d'un prisme.

Il est démontré par les expériences : 1° que le nerf oculo-moteur commun est le nerf de l'accommodation; 2° que le mouvement de la choroïde

en avant, qui se produit dans l'accommodation, est déterminé par la contraction du muscle ciliaire (chez le chien) ; 3° que le muscle ciliaire du chien, qui est formé seulement de fibres longitudinales, augmente par sa contraction la courbure de la face antérieure du cristallin ; 4° que l'atropine paralyse le muscle ciliaire du chien (f. longitudinales).

G. HOMOLLE.

De l'influence exercée sur la tension sanguine et le pouls par la position du corps, par ZYBULSKI (*Journ. hebd. de méd. de St-Pétersbourg, n° 11, 1878; Centralbl. f. Chir., n° 22, 1878*).

En suspendant des chiens curarisés, la tête en bas, l'auteur a noté une augmentation de la tension vasculaire dans les artères de la moitié antérieure du corps, et un ralentissement des pulsations cardiaques. En mettant l'animal successivement dans la position horizontale, puis dans les positions verticales la tête en haut, il a vu la tension dans les carotides redevenir normale et les pulsations cardiaques s'accélérer. Zybulski attribue ces phénomènes à une irritation, dans le premier cas, du centre du pneumogastrique, irritation allant en s'éteignant dans le second cas.

H. THORENS.

Moyen de mesurer la valeur manométrique de la pression du sang chez l'homme, par J. MAREY (*Compt. rend. acad. des sciences, 13 nov. 1878*).

La courbe du sphygmographe, semblable par sa forme à celle d'un manomètre inscripteur, en diffère en ce qu'elle ne fournit que des indications relatives, l'instrument étant une sorte de manomètre à échelle arbitraire dont le zéro n'est pas déterminé : aussi a-t-on vainement tenté de transformer le sphygmographe en indicateur des pressions absolues, comme le montrent les essais faits par Béhier, Sommerbrodt, Keyt, etc. Ces médecins exerçaient sur l'artère une contre-pression connue, évaluée en grammes ; mais l'effort soulevant la paroi d'une artère n'est pas simplement proportionnel à la pression du sang qu'elle renferme : il croît avec l'étendue de la surface du vaisseau sur laquelle il agit. Il faut donc agir non sur une partie du vaisseau, mais sur une étendue donnée de la surface du corps, pour mesurer la force de la contre-pression capable de surmonter la pression du sang à l'intérieur des vaisseaux. Après avoir essayé l'air comprimé agissant sur la main et l'avant-bras enfermés dans une caisse, dans laquelle on pouvait, par une glace, constater l'état du membre, en même temps qu'un manomètre indiquait la contre-pression exercée, Marey a donné la préférence à un appareil semblable, où la contre-pression est exercée par de l'eau : sous une pression de 12 à 15 centimètres de mercure, la main se décolore, diminue de volume ; diminue-t-on la pression de quelques milimètres, aussitôt le sang rentre dans le membre, et, grâce à l'incompressibilité de l'eau, la pénétration du sang dans le membre se fait sentir de proche en proche, se traduisant par une oscillation manométrique qui cesse au moment précis où la contre-pression empêche de nouveau toute pénétration du sang dans

les tissus. Enfin, comme les dimensions de cet appareil étaient embarrassantes, une nouvelle disposition a permis d'effectuer la mesure en question par la simple immersion d'un doigt dans un appareil de petit volume. Les recherches cliniques faites avec cet appareil ont montré que, dans certaines fièvres adynamiques, la pression du sang peut tomber à 3 centimètres, tandis qu'elle s'élève à 20 centimètres dans la néphrite interstitielle. Entre ces deux points, il y a place pour bien des degrés intermédiaires, qui renseigneront le médecin beaucoup mieux que les sensations tactiles dont il devait se contenter jusqu'ici. M. DUVAL.

Ueber die Ursachen der respiratorischen Blutdruckschwankungen im Aortensystem (Sur les causes des oscillations respiratoires de la pression sanguine dans l'aorte), par **FUNKE** et **LATSCHENBERGER** (*Archiv für die gesammte Physiologie, t. XVII, p.* 546).

Dans un mémoire publié en 1876 (*Pflüger's Archiv*, t. XV, p. 405), les auteurs avaient cherché à établir que les oscillations respiratoires de la pression sanguine dans l'aorte sont dues aux changements de capacité du système capillaire, lorsque les poumons se dilatent et se rétractent périodiquement. Les expériences ayant été instituées en pratiquant la respiration artificielle, il s'agit de montrer que les résultats sont applicables au cas de la respiration normale naturelle. Cela est d'autant plus nécessaire que, grâce à Haller, Poiseuille, J. Müller, Quincke et Pfeiffer, l'on sait combien les conditions de la circulation pulmonaire sont différentes ou même opposées, lorsque l'expansion des poumons est déterminée par l'accroissement de pression à l'intérieur des bronches, ou lorsqu'elle est déterminée par la diminution de pression dans la cavité pleurale. Les auteurs ont disposé un appareil analogue à celui de Heger employé dans nos laboratoires du Collège de France et de la Sorbonne qui permet de reproduire dans le poumon d'un lapin ou d'un chien les conditions de la respiration et de la circulation naturelles. Ils ont pu constater alors l'accélération du cours du sang dans l'aorte au moment de l'inspiration et son ralentissement au moment de l'expiration, résultats connus d'ailleurs. DASTRE.

Versuche ueber einige physiologische Wirkungen des Natriumcarbonates (Recherches sur quelques effets physiologiques du carbonate de soude), par **SCHŒNLEIN** (*Archiv für die gesammte Physiologie, t. XVIII, p.* 26).

L'auteur s'est proposé d'étudier, sous la direction de Bernstein, l'action du carbonate de soude sur le rhythme et la forme des battements du cœur. Il a opéré sur des grenouilles, tantôt curarisées, tantôt non curarisées, mais ayant la moelle allongée détruite; tantôt, enfin, atropinisées en même temps que curarisées : les solutions de carbonate de soude étaient à 5 0/0, d'autres fois à 10 0/0. L'action du carbonate semble déterminer une altération de la substance du ventricule, mais non pas une excitation des nerfs d'arrêt, quoique les efforts puissent s'expliquer par cette dernière supposition. Les observations de l'auteur ont besoin d'être

reprises avec soin, surtout avant d'être appliquées aux animaux à sang chaud. DASTRE.

Sur quelques points de physiologie chez l'embryon et en particulier sur la physiologie du cœur au moment de sa formation, par LABORDE (*Bullet. de l'Ac. de Méd., 2e série, tome VII, n° 46*).

Il résulte des recherches de l'auteur que, seul de tous les organes, le cœur fonctionne en même temps qu'il se développe, et alors qu'il n'est encore constitué que par un simple tube renflé. Dès la vingt-sixième heure d'incubation, et peut-être plus tôt, on peut en effet saisir la pulsation du tube cardiaque.

A cette période, les éléments protoplasmiques du cœur sont absolument indistincts, et il est impossible d'y reconnaître les caractères d'éléments musculaires ou nerveux. Toutefois, ils jouissent déjà d'une propriété importante, la *contractilité*, dont l'autonomie fonctionnelle est ainsi mise en évidence.

C'est par la portion veineuse, qui sera plus tard l'oreillette, que commence la pulsation ; c'est aussi l'oreillette qui cesse de battre la dernière dans la mort du cœur. L'*ultimum moriens* est donc en même temps le *primum se movens*. Le cœur de l'embryon des animaux à sang chaud représente le cœur d'un animal à sang froid, cœur de poisson d'abord, cœur de batracien ensuite ; la pulsation s'y fait de la portion veineuse à la portion ventriculaire et artérielle par une mesure rhythmique à trois temps.

Ces phénomènes observés chez le cœur embryonnaire démontrent une fois de plus, suivant M. Laborde, que la révolution cardiaque commence par la portion veineuse et auriculaire, pour se continuer et finir à la portion ventriculaire et artérielle. GASTON DECAISNE.

Ueber die Wirkung des Pepsins auf das lebende Blut (Action de la pepsine sur le sang vivant), par ALBERTONI (*Centralbl. f. die medicin. Wissensch., p. 641, 1878*).

Une série d'expériences tout à fait concordantes démontrent que la pepsine possède une action manifeste sur le sang en circulation. Cette influence se traduit de deux façons : la coagulation est retardée ; la proportion de fibrine est diminuée. Lorsqu'on a injecté dans les veines une solution de pepsine, le sang, au lieu de se prendre en caillot au bout d'une à deux minutes, reste fluide et renferme à peine quelques filaments fibrineux après plusieurs heures.

La quantité de fibrine tombe de 2,4 pour 1000 à 0,27 dans une expérience, et à 0,30 dans une autre ; de 4,17 pour 1000 à 1,4 dans une troisième, etc. Pour démontrer qu'il s'agit bien réellement d'une action de la pepsine, l'auteur emploie comparativement une solution peptique soumise à l'ébullition, et l'injection ne détermine alors aucune modification du sang. La paraglobuline existe en quantité notable dans le sang qui reste fluide après l'injection de pepsine.

Les doses employées dans ces circonstances sont relativement considérables ; avec des quantités moindres la diminution de fibrine et le retard de la coagulation deviendraient presque inappréciables. C'est ce qui se produit sans doute dans l'économie où l'action des sucs digestifs ne se limite probablement pas à l'estomac et à l'intestin, mais s'étend au sang et aux tissus et joue sans doute un rôle important dans les échanges nutritifs.

G. HOMOLLE.

Ueber die Ursachen der ersten Athembewegungen (Des causes du premier mouvement respiratoire), par FRANZ v. PREUSCHEN (*Zeitsch. für Geburts und Gynäk., Band I, Heft* 2).

Béclard, Schwartz, Schultze croyaient que le premier mouvement respiratoire était dû chez le nouveau-né à la surcharge d'acide carbonique de son sang après sa séparation du corps de la mère. En effet, lorsqu'on ouvre le ventre d'une femelle enceinte, et qu'on observe ce qui se passe du côté du fœtus après la compression de l'aorte, ils avaient constaté que le fœtus ouvrait la bouche et semblait chercher à respirer. Pflüger n'admet pas la valeur de ces expériences ni la théorie qui en est déduite. Preuschen est arrivé à des résultats analogues. Si les fœtus ouvrent la bouche, ils ne font pas en effet de mouvements inspiratoires, car le thorax reste immobile ; mais dès qu'on ouvre les membranes, ils font des mouvements inspiratoires d'abord précipités, puis plus lents et réguliers. Si on n'ouvre pas les membranes, l'animal périt sans faire de mouvements respiratoires nombreux ou réguliers. Pflüger conclut de ces expériences que le véritable excitant de la respiration est l'air atmosphérique. Preuschen n'admet pas cette explication : pour lui c'est l'excitation réflexe de la peau, impressionnée par le froid, qui provoque les premières respirations.

En effet, lorsqu'on fait une petite boutonnière aux membranes, de façon à ce que le museau de l'animal sorte seul, il n'est pas suffisamment impressionné par l'air pour faire des mouvements respiratoires énergiques et successifs. Si, au contraire, on fend les membranes, on voit se reproduire toutes les fois les phénomènes que nous avons décrits plus haut.

Enfin, si l'excitation de l'air sur l'appareil respiratoire était le véritable excitant des respirations ultérieures, on devrait les supprimer en coupant les nerfs vagues. Preuschen a réussi à couper le nerf vague sur des fœtus contenus ou non contenus dans les membranes et, dans ces deux cas, il a constaté qu'exposés au froid de l'air ambiant les respirations se produisaient avec un rythme, il est vrai, un peu plus lent.

Ces deux séries d'expériences autorisent Preuschen à rejeter l'opinion exclusive soutenue par Béclard, par Schwartz, par Schultze et par Pflüger.

PORAK.

Ueber die Entstehung der Aspiration des Brustkorbes bei der Geburt (Sur l'origine de l'aspiration de la cavité thoracique à la naissance), par J. BERNSTEIN (*Archiv für die gesammte Physiologie, t. XVII, p.* 617).

On sait que, chez le vivant, après la plus forte expiration, et même chez le cadavre, le poumon est en état de dilatation forcée, et son élasticité n'est satisfaite qu'après l'ouverture de la cavité thoracique. Le rôle de l'aspiration thoracique ou vide pleural qui maintient ainsi le poumon dilaté est considérable, à la fois au point de vue de la circulation pulmonaire et au point de vue de la continuité de l'hématose. Comment se produit cette aspiration, cette pression négative à l'intérieur du thorax? Avant la naissance elle n'existe pas, car il n'y point d'air dans les poumons; quel est le mécanisme qui la produit au moment de la naissance? On le comprendrait facilement, si le thorax était soumis dans l'utérus à une forte compression qui, venant à cesser brusquement, permettrait à la poitrine de se dilater et d'entraîner le poumon dans ce mouvement. Il n'en est pas ainsi.

Bernstein opère sur des enfants morts-nés; il pousse plusieurs fois de l'air dans les poumons et il constate que la pression négative existe après cette opération : il peut la mesurer par la méthode de Donders. Ce sont donc les premiers mouvements respiratoires, ou plus simplement la pénétration de l'air, qui établissent ce mécanisme, lequel devient ensuite la condition de l'exécution des mouvements du poumon. Cette première pénétration de l'air détermine un déplacement du sang du thorax qui pourrait déterminer l'aspiration ou le vide pleural. D'autre part elle détermine un agrandissement de la poitrine qui persiste ensuite. C'est cette dernière condition qui est mise en lumière par Bernstein. Il montre qu'avant la naissance, les côtes sont dans une position très inclinée, plus inclinée qu'aussitôt après. Dès les premiers mouvements respiratoires elles sont soulevées de telle façon que l'expiration ne les ramène jamais à leur position primitive. C'est la raison principale de l'existence d'une pression négative, c'est-à-dire du vide pleural. DASTRE.

De l'influence du travail intellectuel sur le volume et la forme de la tête par LACASSAGNE et CLIQUET. Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle et discussion consécutive : Gustave LAGNEAU, LUNIER, GUBLER, GAVARRET (*Annales d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 2e *série, p.* 50, *juillet* 1878).

Les recherches de Parchappe et de Broca ont mis en évidence l'influence du travail intellectuel sur le volume du cerveau et sur l'agrandissement de la région frontale du crâne. Sans chercher à établir des indices céphalométriques ni à mesurer les divers diamètres du crâne, Lacassagne et Cliquet ont voulu trouver la confirmation des résultats de Parchappe et de Broca en opérant, avec le conformateur des chapeliers, sur un grand nombre de soldats et d'élèves du Val-de-Grâce, c'est-à-dire sur des individus de condition sociale, d'âge et de taille identiques. Voici leurs conclusions :

La tête est plus développée chez les gens instruits que chez les illettrés.

Chez les gens instruits, la région frontale est relativement plus développée que la région occipitale, et si la différence entre ces 2 régions existe au profit de la dernière, cette différence est minime, alors que chez les illettrés elle est considérable. La région frontale est plus développée à gauche chez les gens instruits, tandis que, chez les illettrés, c'est à droite que la région postérieure du crâne s'est principalement accrue.

Lunier croit que c'est surtout jusqu'à l'âge de 12 ans, que le plus ou moins de développement intellectuel s'accuse sur le développement de l'encéphale et du crâne de l'enfant.

Gubler interprète différemment les résultats de Lacassagne et Cliquet. Pour lui, la capacité des crânes mesurés par eux était en rapport avec l'intelligence native des sujets. J. B.

Die Sauerstoffzehrung der lebenden Gewebe (La consommation d'oxygène des tissus vivants), par VIERORDT (*Zeitsch. f. Biol., Bd XIV, Heft* 3, *p.* 422).

Vierordt cherche à mesurer par la spectroscopie la consommation d'oxygène dans les tissus, dans divers états physiologiques et pathologiques. Il s'est avant tout préoccupé de trouver une méthode simple et réellement pratique. Voici son procédé :

Lorsqu'on recueille avec un spectroscope de Browning la lumière diffuse projetée par un doigt (la troisième phalange de préférence), on obtient un spectre qui va à peu près du B de Frauenhofer au violet et qui comprend par conséquent les deux raies d'absorption de l'oxyhémoglobine. Ceci posé, pour mesurer la consommation de l'oxygène dans les tissus, Vierordt cherche à préciser le temps nécessaire pour que ces raies disparaissent dans un sang en stagnation. Cette stagnation du sang est obtenue en serrant la première phalange du doigt par un lien en caoutchouc.

Au premier moment de l'expérience, la phalange rougit et les raies deviennent plus visibles, puis peu à peu elles s'atténuent et finissent par disparaître au bout de 2, 3 à 5 minutes. Dès qu'on enlève la ligature, elles reparaissent.

Peut-on par cette exploration mesurer la consommation d'oxygène ? Evidemment, pendant ce court laps de temps, les échanges gazeux ne peuvent se faire qu'entre les parenchymes et le sang des capillaires; l'oxygène contenu dans les petites artères ne peut gagner les capillaires pour passer de là dans les tissus : c'est ce que prouve du reste la réapparition immédiate des bandes d'absorption après que la ligature est enlevée. La dissociation de l'oxyhémoglobine du sang capillaire ne peut provenir que du besoin d'oxygène des tissus. Mais ici interviennent deux facteurs : 1° le besoin d'oxygène des tissus ; 2° la quantité et la richesse en oxyhémoglobine du sang capillaire. Mais ce dernier facteur est sensiblement constant, de sorte qu'on peut considérer le temps nécessaire pour la disparition des raies d'absorption comme proportionnel aux besoins du parenchyme en oxygène.

Le méthode ainsi justifiée, voici à quels résultats est arrivé Vierordt. La consommation d'oxygène est à son minimum au lever; elle augmente

par la toilette, puis surtout après le déjeuner. A partir de ce moment, elle reste stationnaire jusqu'après le second repas ; elle s'accroît alors pour atteindre son maximum une heure plus tard. Puis elle décroît progressivement et revient dans la soirée au chiffre du matin.

La consommation d'oxygène s'accroît par la parole et le travail intellectuel (mensurations faites sur lui-même par Vierordt avant et après son cours), par les mouvements corporels, par les indispositions les plus légères. Enfin Vierordt conclut d'expériences faites sur des individus d'âges différents que le processus est beaucoup plus rapide chez les jeunes sujets. L. DREYFUS-BRISAC.

Zur Physiologie der Speichelabsonderung (Contribution à l'étude de la sécrétion salivaire), par J. LANGLEY (*Untersuchungen aus dem physiologischen Institute von Heidelberg, Bd I, Heft* 4, 1878).

L'auteur étudie l'influence de la corde du tympan et du sympathique sur la sécrétion de la glande sous-maxillaire du chat.

La sécrétion de la glande sous-maxillaire du chat différerait notablement de celle du chien, quoique ce fait n'ait pas été mentionné par les physiologistes. Ses observations lui permettent de conclure que chez le chat la salive produite par l'excitation du sympathique est plus aqueuse que celle produite par l'excitation de la corde du tympan ; que l'atropine paralyse ces deux nerfs.

Le sympathique et la corde du tympan ne sont pas deux nerfs antagonistes, comme le montre leur excitation par des courants faibles; si, sous l'influence de courants intenses le grand sympathique semble être l'antagoniste de la corde du tympan, cela tient probablement à un apport moindre de sang dans la glande. H. LELOIR.

Experimentelle Beiträge zur Glycogen und Zuckerbildung in der Leber (Contributions expérimentales à la formation du glycogène et du sucre dans le foie), par B. FINN (*Verhandlungen der physikal. medic. Gesellschaft in Wurzburg, t. XI, p.* 92).

L'auteur détermine le glycogène et le dose par la méthode de Brücke. Il laisse les animaux à la diète pendant quelques jours avant de les soumettre à un régime déterminé, de manière à éliminer du foie la plus grande partie possible du glycogène antérieurement déposé. Dans une première série d'expériences, il nourrit les animaux, lapins, chiens, chats avec des substances hydro-carbonées. Les lapins sont nourris avec de l'inulive, de la lévulose, puis avec de la glycérine, de la mannite, du glucose. Les résultats sont d'accord avec ceux qu'ont fait connaître différents expérimentateurs, tel que Weiss, Luchsinger.

Dans une seconde série de recherches l'auteur étudie l'influence du régime de l'albumine sur la formation du glycogène. Cette formation a lieu en quantité assez notable ; elle devient énorme avec le régime à la fibrine. Dans un troisième chapitre, l'auteur compare le glycogène formé dans le foie sous l'influence de ces différents régimes, afin de sa-

voir si c'est bien identiquement la même substance. Les résultats s'accordent avec cette manière de voir.

Enfin, B. Finn rappelle les théories proposées pour expliquer la formation du glycogène, puis sa destruction.

En résumé, les conclusions de l'auteur n'ont rien de plus nouveau que la méthode même dont il a fait usage ; c'est, à savoir :

Que les hydrates de carbone et les albuminoïdes peuvent contribuer à l'accumulation du sucre dans le foie ; que ces différents régimes fournissent un glycogène identique ; que son rôle est de se changer en sucre dans le foie ; tous faits parfaitement établis déjà. DASTRE.

Ueber die Pepsinbildung in den Pylorusdrüsen (Sur la formation de la pepsine dans les glandes pyloriques), par P. HEIDENHAIN (*Archiv für die gesammte Physiologie, t. XVIII, p.* 169).

La formation de la pepsine dans les glandes pyloriques continue à être contestée, malgré les travaux de Ebstein et Grützner et de beaucoup d'autres expérimentateurs, sans que l'on fasse pourtant d'objection directe à ces travaux eux-mêmes. Klemensiewicz a eu l'ingénieuse idée d'isoler la portion pylorique de l'estomac comme Thiry isolait une portion d'intestin. L'animal, le chien, mourait ordinairement avant la 72e heure ; mais ce laps de temps suffisait pour que l'on pût recueillir une sécrétion alcaline, muqueuse, qui, mélangée à l'acide chlorhydrique à 1 pour 1000, était capable de digérer les substances azotées, la fibrine, aussi rapidement que le suc gastrique ordinaire. On a objecté que le temps écoulé depuis l'opération n'était pas assez long pour que l'on fût certain de n'avoir pas conservé dans la portion pylorique la pepsine sécrétée dans la première portion de l'estomac. Il fallait s'efforcer de prolonger la vie de l'animal et Heidenhain y est parvenu trois fois sur six en opérant par la méthode de Lister. L'un de ces chiens fut sacrifié, le 14e jour, à cause d'un rétrécissement qui s'était formé à l'union du duodenum avec l'estomac et qui avait amené une dilatation énorme de cette cavité. Dans l'intervalle, le sac pylorique avait sécrété une liqueur muqueuse, transparente, alcaline, mêlée à de l'acide chlorhydrique ; à $\frac{1}{1000}$ ils paraissent digérer rapidement la fibrine entre 30 minutes et 1 heure. Heidenhain a conclu de là que la sécrétion pylorique contenait un ferment diastasique. Le troisième chien a survécu longtemps, au delà de 10 semaines : seulement la fistule pylorique s'était singulièrement rétrécie. Le résultat a été le même. La portion pylorique sécrète la pepsine gastrique. DASTRE.

Ueber die Resorption der Gallensäuren-Salze im Dünndarm (Résorption des sels à acides biliaires dans l'intestin grêle), par H. TAPPEINER (*v. Buhl's Mitt. aus d. pathol. Inst. zu München, p.* 218, 1878).

Chez des chiens à jeun, on injecte dans une anse, préalablement liée, de l'intestin grêle une solution à 0,5 0/0 de glycocholate de soude pur ou de bile de chien ; et après que l'anse, replacée dans l'abdomen, y a séjourné de 3 à 5 heures, on en examine le contenu. La proportion d'acide

glycocholique est appréciée par l'examen au polarimètre d'un extrait alcoolique décoloré au charbon et convenablement dilué ; celle de la bile est calculée d'après la quantité de soufre.

Il résulte de ces recherches que tout le soufre de la bile injectée se retrouve, quand l'anse intestinale correspond au duodénum et au jejunum, tandis qu'on n'en retrouve qu'un tiers au plus dans les anses de l'iléum. Pour l'acide glycocholique, la résorption est nulle dans le duodénum, et se fait au même degré dans le jejunum et l'iléum et répond à la moitié au moins du sel injecté.

Il s'agit bien d'une absorption et non d'une simple décomposition chimique, puisque le soufre se retrouve en totalité; on sait, en effet, que la taurine, qui devait se former aux dépens de l'acide taurocholique dédoublé, est très facilement résorbée dans l'intestin du chien.

Quand on injecte un mélange de bile et de lait, la matière grasse est absorbée, mais non l'acide taurocholique. Il paraît donc démontré que les propriétés de l'épithélium sont différentes dans le duodénum et dans le reste de l'intestin. G. HOMOLLE.

Le foie n'est par le seul lieu producteur de l'urée, par de SINÉTY (*Soc. de Biol.*, 13 *juillet* 1878).

Si la formation de l'urée par le foie paraît établie, il faut se garder de voir dans ce fait la démonstration d'une nouvelle fonction de cet organe, car on n'est pas autorisé à dire qu'il soit le seul lieu producteur de cette substance.

L'excrétion de l'urée est continue; or, il n'y a qu'un moment bien défini de la vie des animaux permettant de constater nettement la présence de l'urée dans le foie.

A l'aide des procédés indiqués par l'auteur, et en se servant notamment de l'hysobromite de soude, on constate que presque tous les organes chez le chien donnent des volumes gazeux Az et CO^2 fort analogues à ceux qu'on peut obtenir avec un même poids de foie. Il y en a même qui, comme le cerveau, fournissent un volume beaucoup plus considérable.

Voici une autre expérience. On enlève le foie à plusieurs grenouilles et on lave leur vessie par un courant d'eau. Ces animaux résistant quelque temps à cette opération, on les place dans un entonnoir et on recueille tout le liquide qui s'écoule jusqu'à leur mort. Ce liquide donne des réactions qui indiquent la présence de l'urée, ainsi que celui qu'on peut prendre dans la vessie après leur mort. L. G. R.

Dell' Azione della bile sul glicogenico epatico (De l'action de la bile sur la substance glycogène du foie), par BUFALINI (*Sperimentale, novembre* 1878).

L'auteur s'est servi dans ses expériences de la bile extraite de la vésicule biliaire des animaux immédiatement après la mort, et l'a fait agir sur la substance glycogène du foie préparée par le procédé de Kühne. Pour reconnaître le glycose, il se servait du réactif de Trommer employé à cet effet, avant et après les expériences et à la température de 40 degrés ;

la bile mise en contact avec le glycogène l'a transformé en glycose 50 fois en une heure, 50 fois en deux heures, 50 fois en deux heures et demie ou trois heures. Séparée du mucus et des matières colorantes, la bile légèrement additionnée d'acide acétique conserve les mêmes propriétés, mais moins actives. Contrairement aux opinions admises par plusieurs physiologistes, la bile putréfiée ne transforme plus le glycogène en glycose. Après ébullition et après cristallisation de ses sels, la bile a perdu son action sur le glycogène. F. BALZER.

De la splénotomie et de l'énervement de la rate, par PICARD et MALASSEZ (*Soc. de Biol.*, 23 *mars* 1878). — **Des altérations des globules sanguins consécutives à l'extirpation de la rate, par les mêmes** (*Ibid.*, 8 *juin*).

I. — La rate pouvant être enlevée, chez l'homme même, sans que la mort en soit la conséquence, on en a induit que cette opération était innocente par elle-même, qu'elle n'était funeste que par certaines complications, et que la rate ne saurait avoir une fonction importante. La présente note a pour but d'appeler l'attention sur les conditions dans lesquelles l'extirpation de la rate détermine la mort, et celles dans lesquelles elle est innocente.

La *splénotomie* est innocente chez l'animal jeune, elle est presque toujours mortelle chez l'animal âgé. Mêmes résultats obtenus par l'*énervement* du même organe. En somme, il est possible de supprimer la rate fonctionnellement chez le chien jeune, sans inconvénient ; il est impossible de le faire chez le chien âgé, sans amener la mort. Ces faits, en apparence contradictoires, ont leur explication physiologique naturelle dans cette loi de l'évolution, en vertu de laquelle chaque fonction tend à se spécialiser depuis le début de la vie embryonnaire.

II. — Les auteurs ont voulu voir si l'extirpation de la rate n'amenait pas quelque altération dans la composition du sang. La richesse du sang était évaluée au moyen du compte-globules, la richesse en hémoglobine, au moyen de l'hémochromomètre. En divisant cette dernière valeur par la précédente, on obtenait la quantité d'hémoglobine par globule.

Le résultat des expériences ainsi faites est que l'extirpation de la rate a amené une diminution passagère dans le nombre des globules par millimètre cube, et une diminution durable dans la richesse de ces globules en hémoglobine. Les auteurs s'attachent d'ailleurs à démontrer que cette altération du sang ne pouvait être attribuée ni à la perte de sang, ni à des troubles consécutifs à l'ouverture de l'abdomen. L. G. R.

Weitere Beiträge zur Physiologie der Bauchspeicheldrüse (Contribution complémentaire à la physiologie du pancréas), par J. PAWLOW (*Archiv für die gesammte Physiologie, t. XVII, p.* 555).

Pawlow et Afanassiew dans un travail précédent (*R. S. M.*, XII, 51) ont annoncé que l'atropine exerce une action d'arrêt sur la sécrétion du pancréas. Heidenhain ayant prié Pawlow de répéter l'expérience devant lui, la sécrétion du pancréas ne fut nullement modifiée par le poison. L'opinion que le professeur de Breslau a conservée de ce colloque, est

que l'atropine n'agit pas sur le pancréas. Pawlow entreprend de justifier sa première assertion : il opère sur quatre chiens d'après la méthode de Heidenhain; il assure qu'il a vu une diminution notable de la sécrétion sous l'influence du poison, et il attribue son échec antérieur à l'emploi de doses trop faibles. DASTRE.

Some physical experiments relating to the functions of the Kidney (Expériences relatives aux fonctions du rein), par David NEWMAN (*Journ. of anat. and physiol., vol. XII, juillet* 1878).

L'auteur a institué une série d'expériences pour comparer les phénomènes d'osmose qui se passent à travers les membranes animales à ceux qui ont lieu dans le rein. Il employait un fragment de boyau de lapin placé dans un appareil permettant de mesurer la pression interne et externe, et d'un autre côté le rein d'un animal tué récemment; il mesurait la pression dans l'artère rénale, dans la veine et dans l'uretère en même temps que la quantité de liquide écoulée par l'uretère.

Il est arrivé aux résultats suivants:

La quantité de liquide transsudé à travers une membrane animale est en rapport avec la différence qui existe entre les pressions que possède le liquide à l'intérieur et à l'extérieur de la portion de l'intestin en expérience. L'addition de l'urée retarde légèrement la transsudation de l'eau à travers la membrane; le liquide transsudé renferme la même quantité d'urée que la solution contenue dans l'intestin, quelle que soit la pression. L'albumine retarde aussi le passage de l'eau, mais elle diffère de l'urée en ce que la proportion d'albumine dans le liquide exsudé est en rapport avec la pression, augmente et diminue avec elle. La présence de l'urée dans une solution d'albumine facilite le passage de l'albumine, comme celui de l'urée. L'élévation de température du liquide facilite la transsudation. Si l'on emploie une solution d'albumine, celle-ci passe d'autant mieux que la température est plus élevée.

Dans le rein, la quantité de liquide qui passe des vaisseaux dans les tubes urinifères est proportionnelle à la différence des pressions des vaisseaux sanguins et des tubes urinifères. La rapidité de la circulation du liquide à travers le rein dépend du rapport qui existe entre la pression des vaisseaux afférents, la résistance des vaisseaux afférents, et la tension du liquide dans les tubes urinifères. La température exerce une action importante sur la vitesse de la circulation et de la transsudation. Celles-ci sont d'autant plus rapides que la température est plus élevée.

F. HENNEGUY.

Fortgesetzte Untersuchungen über die Secretion der Niere (Suite des recherches sur la sécrétion des reins), par Moritz NUSSBAUM (*Archiv für die gesammte Physiologie, t. XVII, p.* 580).

Les cellules de la glande rénale possèdent une activité spécifique : ce qui distingue le rein des autres glandes, c'est le réseau bipolaire ou glomérule qui se trouve à l'origine des canaux glandulaires. Cette adjonction du glomérule ne change rien aux conditions de la sécrétion : il est

destiné uniquement à maintenir la quantité d'eau du sang constante et indépendante de l'activité sécrétoire du rein. L'urée est séparée par les cellules des canaux urinaires. Le sucre du diabète est exclusivement rejeté du sang par le glomérule : de même l'albumine dans l'albuminurie, lorsqu'un trouble de nutrition a altéré la paroi des vaisseaux.

DASTRE.

Ueber die Wirkung der Temperatur der umgebenden Luft auf die Zersetzungen im Organismus der Warmblüter (De l'influence de la température de l'air ambiant sur les décompositions organiques chez les animaux à sang chaud), par C. VOIT (*Zeitschr. f. Biol., Bd XIV, Heft* 1, *p.* 57).

Dans ce long travail, la partie historique et critique tient une grande place. On sait, depuis longtemps, que dans les températures basses la quantité d'oxygène absorbé et d'acide carbonique excrété augmente. C'est à cette conclusion qu'arrive le duc Charles-Théodore de Bavière, dans un court travail inséré dans le même journal, à la suite d'expériences faites sur des chats.

Mais ces résultats peuvent être attribués à des causes très diverses ; on peut invoquer l'exagération des mouvements volontaires presque instinctive dans le froid, ou l'accélération des mouvements respiratoires, ou enfin les modifications qu'imprime le froid aux transformations moléculaires. La première de ces hypothèses doit être rejetée; car Voit a constaté que cette exagération dans le travail de désassimilation se produit chez les hommes condamnés à un repos absolu dans une température basse.

En ce qui concerne les mouvements respiratoires, il importe de faire une distinction entre la respiration profonde qui nécessite un travail musculaire forcé et la respiration calme, même précipitée. C'est la première, seule, qui, d'après les expériences de Voit, donne lieu à une exagération notable de l'acide carbonique excrété.

Du reste, on ne saurait considérer l'oxygène comme le facteur essentiel de ces décompositions organiques; les expériences les plus concluantes de divers auteurs prouvent que, dans diverses conditions, la décomposition de l'albumine ou de la graisse, l'excrétion de l'acide carbonique augmentent alors même qu'il n'y a pas d'excès d'oxygène.

La chute de la température animale, dans un milieu refroidi, ne saurait pas non plus expliquer ce phénomène, car des faits physiologiques bien connus prouvent que la chaleur augmente plus que le froid la vitalité des éléments anatomiques.

C'est ce que démontrent aussi les expériences de Voit sur des marmottes plongées dans le sommeil hivernal.

Ainsi; ni l'abaissement de la température animale ni les mouvements respiratoires ne peuvent expliquer cette augmentation dans l'excrétion de l'acide carbonique.

Il ne reste qu'une hypothèse admissible : les nerfs, sous l'influence de la température extérieure, modifient les conditions de la vitalité organique. A l'appui de cette manière de voir, on peut rappeler l'action qu'exercent les nerfs de sentiment et les sens sur les transformations

moléculaires. Sans prétendre que les phénomènes de nutrition dépendent directement du système nerveux, on doit admettre que celui-ci les influence d'une manière souvent très accusée. Ainsi, la moindre modification dans le tonus musculaire retentit sur les décompositions organiques.

A cet égard, il faut établir une distinction entre les substances albuminoïdes et celles qui sont dépourvues d'azote. Voit a démontré, à plusieurs reprises, que la destruction des albuminoïdes est indépendante des mouvements musculaires. Pour les substances grasses le contraire a lieu. Le travail musculaire en hâte la décomposition : elle est retardée par le sommeil, la curarisation.

En résumé, les températures basses activent la désassimilation des matières grasses et cet effet est dû, en partie, aux mouvements volontaires, en partie à la respiration, enfin à l'action des nerfs sur divers organes, notamment les muscles. Cette destruction des principes gras, donnant lieu à une élévation de température considérable, permet à l'organisme de lutter contre l'air extérieur dans les saisons ou les climats froids. L. D.-B.

Uber die Lebensdauer der Keimscheibe (Durée de la vie du disque germinatif) par COLASANTI (*Archiv f. Anat. u. Phys.*, *p.* 479-488, 1877).

Il s'agit d'études faites sur les œufs de poule, à l'effet de savoir au bout de combien de temps le disque germinatif perd la faculté de subir les diverses phases de l'évolution embryonnaire. Pour cela l'œuf était exposé à une température basse (en février, mars, avril, à Rome, sans que l'auteur précise autrement la température) et on le soumettait ensuite à plusieurs jours (8 à 15 jours) d'incubation artificielle à 37°.

Les résultats sont les suivants :

Pendant les vingt-cinq premiers jours, en général, l'œuf reste vivant, et peut, après l'incubation artificielle, donner un embryon.

Du vingt-sixième au quarantième jour, l'œuf ne peut plus, après l'incubation, se développer complètement; le plus souvent il y a formation d'une *area vasculosa,* mais le développement s'arrête là.

En général, à partir du quarantième jour, l'œuf est mort et son développement ne commence même pas. (Cependant un œuf conservé 46 jours, et un autre conservé 48 jours, ont commencé à se développer ; mais l'embryon est mort.)

A ces faits Colasanti ajoute, d'après Frissoni (*Bolletino del comicio agrario di Bergamo*, 1870), que les oscillations de la température sont encore plus funestes à la vitalité du germe qu'une température constante, même élevée. Ce sont les températures basses qui sont surtout favorables. CH. R.

Nouvelles recherches sur la physiologie de l'épithélium vésical. Note de CAZENEUVE et LIVON (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 16 *sept.* 1878).

Les recherches de MM. Cazéneuve et Livon viennent entièrement confirmer les résultats, aujourd'hui classiques, publiés par Küss et Susini.

Dans ces nouvelles recherches, les expérimentateurs ont à cet effet étudié la dialyse sur des vessies pleines d'urine, extirpées à des chiens et plongées aussitôt dans l'eau distillée. Dans plus de vingt expériences ils ont reconnu que la dialyse ne commençait que quatre heures après la mort de l'animal ; le raclage de la muqueuse avec le bec mousse d'une sonde amène la dialyse de l'urine à travers une vessie qui vient d'être extraite, ce qui permet bien d'affirmer que l'imperméabilité vésicale est due à la fonction physiologique propre de l'épithélium. — L'élévation ou l'abaissement de la température feraient perdre à l'épithélium ses propriétés. Chez l'animal en pleine digestion, cette fonction epithéliale est très accusée; mais dans l'état d'inanition, la fonction de l'épithélium est peu persistante après la mort. Enfin certaines lésions des reins ou de la moelle épinière porteraient atteinte aux proprietés physiologiques de l'épithélium.

M. D.

Sur la cause intime des mouvements périodiques des fleurs et des feuilles, et de l'héliotropisme. Note de P. BERT (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 16 *septembre* 1878).

Quoique se rapportant à une fonction végétale, les études de M. P. Bert présentent un si haut intérêt, au point de vue de la physiologie générale, que nous ne saurions nous dispenser d'en donner ici une courte analyse.— Les mouvement décrits sous le nom de *sommeil* et de *réveil* des feuilles ont leur origine dans le *renflement moteur* de la base de l'organe et dépendent de l'énergie avec laquelle ce renflement soutient l'organe mobile. Or ces renflements contiennent considérablement plus de glycose que les pétioles, et c'est dans cette glycose qu'il faut voir la raison fondamentale du mouvement périodique des végétaux; on sait en effet que cette substance se forme sous l'action de la lumière solaire et qu'elle se détruit dans l'obscurité prolongée; on sait également qu'elle émigre pour s'emmagasiner parfois en divers points de l'organisme végétal : le renflement moteur est un de ces points ; sa quantité y varie aux divers moments de la végétation diurne, et cette substance, douée d'un grand pouvoir endosmotique, se trouvant en grande quantité dans le renflement vers la fin du jour, y attire l'eau qui porte au maximum nocturne l'énergie du ressort en tension. Les mouvements désignés sous le nom d'*héliotropisme* reconnaissent également pour cause intime des variations dans la quantité de glycose que contient le lieu du mouvement, par suite dans son état d'hydratation et son degré consécutif de tension.

M. DUVAL.

Ueber telephonische Reproduction von Vocalklängen (Sur la reproduction des voyelles au moyen du téléphone), par L. HERMANN (*Archiv für die gesammte Physiologie, t. XVII, p.* 319).

Hermann a observé que l'on peut encore comprendre les paroles prononcées dans le téléphone, lorsqu'on intercale plusieurs bobines d'induction sur le trajet du fil téléphonique. La loi générale indique cependant que les rapports d'intensité des sons élémentaires devraient être changés

et la voix complètement modifiée. L'expérience contredisant cette vue, ou bien la loi d'après laquelle on déduit les intensités des courants induits est fausse ou bien la théorie de la formation des voyelles au moyen des sons élémentaires harmoniques est inexacte. Hermann montre le désaccord des deux séries de sons élémentaires en passant en revue les différentes voyelles a, e, i, o, u; l'expérience prouve que les sons peuvent être parfaitement reconnus, et que les membranes des deux téléphones se meuvent synchroniquement en conservant un parallélisme à peu près complet. DASTRE.

CHIMIE MÉDICALE.

I. — A New Method for the Quantitative Determination of Sugar in Blood (Nouvelle méthode pour déterminer la quantité du sucre contenu dans le sang), par F. W. PAVY (*The Lancet, p.* 13, 7 *juillet* 1877).

II. — Note sur le même sujet, par DASTRE (*Progrès médical,* 11 *août* 1877).

I. — Après avoir critiqué le système volumétrique de Bernard, qu'il regarde comme dépourvu de précision, susceptible de tromper, et fondé tout entier sur des erreurs, Pavy expose son propre système qui peut être résumé de la manière suivante :

On prend environ vingt centimètres cubes de sang, on les mêle à quarante grammes de sulfate de soude, on ajoute au mélange placé dans un verre d'une capacité de deux cents centimètres cubes, environ trente centimètres cubes d'une solution chaude concentrée de sulfate de soude, et on chauffe le tout jusqu'à formation d'un coagulum.

On filtre alors, et le caillot est lavé de façon à enlever toute trace de sucre. Ayant ainsi passé et subi une pression à travers une mousseline, le liquide obtenu de cette manière est légèrement trouble et doit être soumis à une ébullition nouvelle, puis à un filtrage au papier pour devenir parfaitement clair. On peut dès lors faire intervenir le réactif cuprique. La liqueur étant bouillante, on ajoute environ dix centimètres cubes de tartrate cupro-potassique, soit une quantité suffisante pour que le réactif liquide soit certainement en excès, et l'on poursuit activement l'ébullition pendant une minute, mais pas davantage. De cette façon, la transformation de l'oxyde en sous-oxyde de cuivre est accomplie par l'action du sucre présent dans la solution. On filtre à travers de l'asbeste; l'oxydule ayant été recueilli et débarrassé par le lavage de l'excès de réactif cuprique liquide est de nouveau dissous dans quelques gouttes d'acide nitrique, après addition préalable d'un peu d'eau oxygénée pour effectuer l'oxydation et faciliter la solution subséquente.

Le cuivre présent dans la liqueur est alors précipité par l'action du galvanisme. Le pôle positif est formé d'un fil de platine contourné en spirale autour duquel, constituant le pôle négatif, est disposé un cylindre fait d'une feuille de platine ; le cuivre se dépose lentement sur celle-ci avec l'apparence métallique. L'opération est poursuivie jusqu'à ce qu'un réactif convenable montre que tout le cuivre s'est déposé, ce qui réclame au plus vingt-quatre heures.

On enlève, à ce moment, le cylindre de platine et on le plonge aussitôt, d'abord dans l'eau distillée, puis dans l'alcool. Après dessiccation au bain-marie, on pèse, et la différence du poids du cylindre avant et après l'opération donne la quantité du cuivre précipité, d'où l'on déduit par le calcul celle du sucre dans le sang.

II. — M. Dastre fait voir que les critiques et la méthode de Pavy sont complètement rejetées par Cl. Bernard et ses élèves. Les critiques sont au nombre de trois. Le premier vice de la méthode française résulte selon Pavy de l'influence qu'exerce la matière organique échappée au sulfate de soude pour empêcher le dépôt d'oxydule, — le second vice, de ce que la quantité de sang qui répond à une quantité donnée de liqueur sulfatée est variable, — le troisième défaut résulterait de ce que Cl. Bernard néglige la perte par évaporation de la liqueur sulfatée pendant le traitement par la chaleur.

M. Dastre a montré que de ces trois objections, la dernière est purement imaginaire, puisque l'on ne néglige point la perte par évaporation, — la seconde est une erreur de fait, puisque les expériences directes établissent un rapport constant de 4/5 entre la liqueur sulfatée et le sang. — La troisième une méprise formelle, puisque la solution du dépôt d'oxydule est précisément la condition même de la méthode.

— Le procédé que Pavy propose pour parer à ces inconvénients imaginaires est défectueux. Il tombe précisément dans le défaut qu'il reproche faussement à la méthode de Cl. Bernard. — Il croit recueillir le dépôt cuivrique sans s'apercevoir que la partie dissoute à la faveur de la matière organique lui échappe. — De là les nombres invariablement trop petits que Pavy trouve dans ses déterminations. — A ce vice fondamental, le procédé joint le défaut d'une complication excessive. Critique, méthode et résultats doivent être absolument repoussés. V. GINGEOT.

Sur l'état dans lequel se trouve l'acide carbonique dans le sang, par P. BERT (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 28 *octobre* 1878).

Le fait que l'acide carbonique sort facilement du sang dans les appareils à vide pneumatique, ne saurait prouver que ce gaz se trouve dans le sang à l'état de solution et non à l'état de combinaison, puisque les bicarbonates et les phosphocarbonates se dissocient aisément par le vide. Pour juger la question, M. P. Bert analyse d'abord un échantillon de sang au moyen de la pompe à extraction des gaz ; puis il en agite pendant quelques heures un autre échantillon avec de l'acide carbonique pur, jusqu'à ce qu'il ne se fasse plus d'absorption ; faisant alors une nouvelle extraction de gaz, l'expérimentateur défalque du nombre alors trouvé la quantité d'acide carbonique qui, d'après les tables de

Bunsen (applicables au sang, suivant Fernet), pourrait, à la température ambiante, se dissoudre dans le sang : si le chiffre obtenu par cette soustraction est supérieur à celui qui exprimait le volume d'acide carbonique contenu naturellement dans le sang, c'est bien évidemment que les alcalis de ce sang n'étaient pas complètement saturés. C'est précisément ce qui est arrivé dans toutes les expériences entreprises avec cette méthode ; jamais il ne s'est trouvé d'acide carbonique dissous ni dans le sang artériel, ni dans le sang veineux. Si donc le sang n'est jamais saturé d'acide carbonique, la sortie de ce gaz pendant la traversée des poumons est un phénomène de dissociation.

L'étude de la teneur des tissus en acide carbonique montre qu'ils ne contiennent non plus jamais d'acide carbonique libre ; d'autre part, en étudiant les phases de l'empoisonnement par ce gaz, on voit que les accidents toxiques apparaissent, lorsque les alcalis du sang et des tissus sont saturés, d'où cette conclusion : « La vie des éléments anatomiques ne peut être entretenue qu'en présence d'acide carbonique à l'état de combinaison. »

M. DUVAL.

Méthode d'extraction des pigments d'origine animale ; applications diverses du sulfate d'ammoniaque, par **MÉHU** (*Journal de pharmacie et de chimie, t. XXVIII*, 1878).

Dans la plupart des procédés d'extraction des matières colorantes des liquides de l'organisme, on se sert de sels de plomb pour fixer le principe colorant, d'agents oxydants ou réducteurs d'acide et d'alcalis, et l'on fait intervenir l'action d'une température plus ou moins élevée. Ces conditions sont défectueuses, et, pour les éviter, M. Méhu a eu recours à un autre procédé basé sur l'emploi du sulfate d'ammoniaque. Il en a fait l'application à divers liquides de l'économie.

Urine. — Dans certaines affections organiques du foie, comme dans certaines maladies passagères de cet organe, on observe des urines dont la teinte orangée et même rouge rappelant celle des urines chargées des principes colorants de la rhubarbe se confondraient avec les urines ictériques chargées de bilirubine. Mais l'acide azotique nitreux n'indique pas la présence des matières colorantes de la bile.

Cette urine est décrite généralement sous le nom d'*urine hémaphéique;* l'auteur considère l'hémaphéine comme un principe mal défini et propose de le désigner sous le nom d'*urine rouge hépatique.*

Pour obtenir le pigment de l'urine rouge hépatique, on ajoute environ 2 grammes d'acide sulfurique par litre d'urine, de façon à la rendre très nettement acide, puis on la sature de sulfate d'ammoniaque ; on agite vivement le mélange et on le laisse revenir à la température ordinaire. Un léger excès de sulfate d'ammoniaque est un garant de la parfaite saturation. Le pigment se précipite, si l'urine est fraîchement émise, et a la couleur du sesquioxyde de fer. On le recueille sur un filtre, et on le lave avec une solution saturée de sulfate d'ammoniaque ; puis, après l'avoir desséché entre des feuilles de papier à filtrer, on l'épuise par l'alcool à 90 degrés, qui ne dissout ni le sulfate d'ammoniaque en excès ni l'acide urique.

La solution alcoolique du pigment de l'urine rouge hépatique, exa-

minée au spectroscope donne une bande d'absorption qui fait disparaître le bleu (les parties voisines de la raie F de Frauenhofer).

Agitée avec du chlorure de zinc sec, puis filtrée, la solution alcoolique est transparente et rouge rosé, vue par transmission; opaque et d'un vert intense si elle est vue par réflexion.

Le pigment rouge hématique se dissout dans l'eau; sa solution alcoolique peut être étendue d'eau distillée sans qu'elle se trouble; l'alcool amylique la dissout aisément. Les sels biliaires, le phosphate de soude augmentent sa solubilité dans l'eau.

Ces caractères sont ceux que Jaffé a donnés pour l'urobiline.

Quand l'urine rouge hépatique est abandonnée à l'air, elle se colore de plus en plus, et le sulfate d'ammoniaque acidulé par l'acide sulfurique n'en extrait plus aussi nettement le pigment.

Matière fécale. — Si l'on divise, dans l'eau, la matière fécale d'un adulte en bonne santé, la liqueur prend une teinte rouge jacinthe. Cette solution filtrée, saturée de sulfate d'ammoniaque et rendue légèrement acide par une addition d'acide sulfurique, laisse déposer un pigment qui a la couleur de l'hydrate d'oxyde de fer, colore l'alcool en rouge jacinthe et présente tous les autres caractères de l'urobiline.

Masius et Vanlair, en examinant au spectroscope la solution aqueuse de matière fécale, avaient cru y trouver un produit un peu différent de l'urobiline et l'avaient nommé stérobiline; mais ces légères différences ne tiennent qu'à la présence de quelques impuretés, comme Jaffé l'a prouvé depuis.

La matière fécale contient, en outre, un acide résineux provenant de la décomposition des acides biliaires, soluble dans l'alcool d'où on le précipite par l'eau.

Bile. — La bile saturée de sulfate d'ammoniaque et d'acide sulfurique est complètement privée des acides biliaires, du mucus et du pigment.

Urines ictériques. — Vomissements biliaires. — Ce même réactif précipite les acides biliaires de l'urine et ceux des vomissements ictériques.

L'auteur a employé également le sulfate d'ammoniaque dans diverses analyses, particulièrement pour précipiter la caséine du lait à froid.

E. HARDY.

Einiges über Brechungscoëfficienten des Harnes unter verschiedenen Verhältnissen (Quelques mots sur les indices de réfraction de l'urine au point de vue comparatif), par G. VALENTIN (*Archiv für die gesammte Physiologie von Pflüger, t. XVII, p.* 255).

Chez l'homme sain, les variations extrêmes de l'indice de réfraction de l'urine sont comprises entre les nombres 1,340 et 1,344, correspondant aux poids spécifiques 1,010 et 1,023. L'urine du matin de M. Valentin a pour indice 1,343 et pour poids spécifique 1,014. Celle de la grenouille a 1,341; celle du cheval 1,349; celle du mouton 1,346; celle du lapin 1,344. Si l'on compare ces indices à ceux des solutions de sel marin ou de glucose, on constate que pour obtenir des valeurs égales, il faut employer des solutions de 4 à 8 0/0 dans le premier cas, de 5 à 10 0/0 dans le second cas. Ces substances sont donc moins réfringentes

que celles que contient l'urine. Les autres liquides organiques possèdent des indices plus forts que l'urine. La bile du bœuf donne 1,350 ; celle de la grenouille 1,361. Le sang de l'homme a pour indice 1,364 : la présence ou l'absence des globules rouges ne modifient pas sensiblement cette valeur.

L'évaporation provoquée en chauffant l'urine a pour conséquence une élévation de l'indice qui croît beaucoup moins rapidement que le poids spécifique. La précipitation par le chloral diminue les deux coefficients dans des rapports sensiblement comparables : $\frac{1}{1022}$ et $\frac{1}{1119}$. L'altération spontanée subie par l'urine abandonnée à elle-même pendant trois semaines a peu changé ces coefficients numériques. L'addition de glucose jusqu'au chiffre de 16 0/0 modifie le poids spécifique de 1,014 à 1,064, et l'indice de réfraction de 1,343 à 1,360. Les mesures de réfraction pourraient être employées à la détermination du sucre. Au contraire, lorsque l'on additionne l'urine de quantités croissantes d'albumine, l'indice varie très peu ; il est sensiblement le même dans l'urine des albuminuriques avant et après que l'on a précipité l'albumine. En général, l'indice de réfraction des liquides organiques varie comme leur poids spécifique : il y a cependant des cas dans lesquels la variation se fait en sens inverse. DASTRE.

Ueber das Vorkommen isomerer Kresolschwefelsäure im Pferdeharn (Sur la présence de crésols isomériques dans l'urine du cheval), par PREUSSE (*Zeitschrift für die physiologische Chemie, Bd. II, p.* 353, 1878).

Staedeler a trouvé dans l'urine de vache un corps qu'il a décrit sous le nom d'acide taurylique, que Baumann a reconnu plus tard comme identique avec le crésol.

L'auteur évapora 60 litres d'urine de cheval, décomposa par l'acide chlorhydrique et distilla. Le liquide qui passa fut évaporé et fondu avec de la potasse pour obtenir l'acide oxy benzoïque, qui dérive du crésol. La masse fondue fut dissoute dans l'eau, acidulée avec l'acide sulfurique et filtrée. Le liquide, saturé par le carbonate de soude, fut épuisé par l'éther qui enleva le phénol, le crésol restant et des matières incristallisables. La solution alcaline, acidulée et distillée donna de l'acide salicylique; elle contenait aussi de l'acide para-oxybenzoïque, ce qui prouve la présence de crésols de l'ortho et de la para série dans l'urine des herbivores. E. HARDY.

Ein Nierenstein aus Indigo (Calcul rénal constitué par de l'indigo), présenté par W. M. ORD à la Société pathologique de Londres, le 5 mars 1878. Relation d'après le manuscrit original, par Félix SEMON (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 25, *p.* 365, 24 *juin* 1878).

La littérature médicale ne renferme aucun exemple analogue. Ord reçut ce calcul du docteur Bloxam qui l'avait trouvé à l'autopsie d'une femme d'âge moyen, au niveau du bassinet du rein droit. Le rein gauche avait été détruit par un sarcome à cellules rondes qui avait obturé l'uretère et

transformé le rein en un kyste renfermant un calcul allongé, dentelé et de teinte terreuse. Le rein droit normal, à part un peu d'hypertrophie et d'hyperémie, contenait le calcul qui fait l'objet de cette communication. Ce calcul a les dimensions et la forme approchée d'une pièce de 1 franc; il pèse 40 grammes. En certains points, il est brun foncé, mais les trois quarts d'une de ses faces sont recouverts d'une couche bleu noir, épaisse, granuleuse et d'un brillant mat. Frotté sur le papier, le calcul y laisse une raie noir bleuâtre.

Pour en déterminer exactement la nature, Ord eut recours aux épreuves suivantes:

Un fragment du calcul fut chauffé dans un creuset de platine; il se volatilisa en majeure partie, avec dégagement d'une fumée extrêmement fétide dont l'odeur rappelait à la fois celle des plumes brûlées, celle de la suie et celle de l'indigo du commerce calciné. Au fond du creuset resta une cendre blanche, infusible, formée de phosphate calcaire.

Un deuxième fragment fut soumis à l'examen microscopique qui permit d'y reconnaître la présence d'une substance fondamentale brun rose, au sein de laquelle se trouvaient une matière fibreuse, cristalline, quelques rares cristaux d'hémine et des amas de pigment bleu noirâtre. Ord n'a pas manqué de s'assurer qu'il ne s'agissait pas là de pigment sanguin mêlé accidentellement à la préparation.

Un troisième fragment fut pulvérisé, mélangé à son poids de chlorure de sodium, additionné d'acide acétique glacial, puis chauffé jusqu'à effervescence et enfin refroidi lentement. Durant la coction, le mélange prit une magnifique teinte bleue; pendant le refoidissement, il se fit un dépôt cristallin brillant comme du cuivre. Nous négligeons le quatrième essai pour arriver à l'épreuve de sublimation qui permit d'affirmer que la coloration bleue, décelée dans les épreuves précédentes, était bien due à de l'indigo.

L'analyse spectrale vint lever les derniers doutes en montrant la formation d'une raie dans le jaune, raie caractéristique de l'indigo.

En définitive, le calcul se composait de coagulum sanguin renfermant un peu de chaux phosphatée cristallisée et une grande quantité d'indigo disposé sous forme d'une croûte épaisse.

Quant à la provenance de cet indigo, on ne peut que faire des hypothèses. La femme qui a fourni ce calcul se nourrissait de soupes et de mets farineux, alimentation qu'on ne peut guère soupçonner de donner naissance à de l'indigo. Bien que la malade ait pris quelque temps de la créosote, Ord ne rapporte pas à cette médication l'étrange composition du calcul.

Il ne reste plus qu'une troisième origine possible, tirée de l'état morbide de la patiente et de son affection du rein gauche. J. B.

Ueber die Ausscheidung der dem Thierkörper zugeführten Phenols (Sur l'élimination du phénol chez les animaux), par Friedrich SCHAFFER (*Journ. für praktische Chemie, Bd. XVIII, p.* 282, 1878).

Quand on ajoute un poids déterminé de phénol aux aliments d'un animal, en retrouve-t-on la même quantité dans les urines? L'auteur a

cherché à résoudre ce problème de deux manières. Il a fait prendre à un chien 200 centimètres cubes d'une solution de phénol contenant 1gr,5 pour 1000 de phénol. L'urine fut recueillie tous les jours; le 5e jour elle ne donnait plus les réactions du phénol; l'expérience fut alors arrêtée. L'urine fut additionnée d'acide sulfurique, distillé, et le liquide qui passa additionné d'eau bromée qui précipita le trinitro-phénol.

Le poids du phénol correspondant était 0gr,1884 ou 62,35 0/0 de la quantité ingérée. Cette différence est trop grande pour pouvoir être mise sur les causes d'erreurs ordinaires.

L'auteur, dans une deuxième série d'expériences, a tenté de déterminer la quantité d'acide sulfo-conjugué contenue dans l'urine, et de calculer d'après le poids trouvé la proportion correspondante du phénol. Ce procédé lui a fourni encore un déficit, et il n'a pu retrouver que 60 0/0 du phénol introduit dans les aliments.

Schaffer a cherché alors si le phénol ne s'était pas transformé en acide oxalique comme Salkowski l'avait présumé. Mais l'expérience directe lui a prouvé qu'il n'y avait pas augmentation de la quantité d'acide oxalique contenu dans l'urine. Il conclut donc de ses recherches qu'une partie du phénol passe dans l'organisme à un état encore inconnu.

E. HARDY.

Ueber das Verhalten von Phenol, Indol und Benzol (Sur la transformation du phénol, de l'indol et du benzol dans le corps des animaux), par Arthur CHRISTIANI (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Bd. II, p.* 273, 1878).

Les recherches de Hoppe-Seyler et de Salkowski ont montré que chez les animaux empoisonnés par le phénol on retrouve cette substance dans tous les organes, quand on les distille avec de l'acide sulfurique. Baumann a constaté que le phénol s'élimine chez les animaux supérieurs à l'état d'acide sulfo-conjugué. Il restait à savoir si cette même transformation se produisait dans les classes animales inférieures.

On sait déjà par les travaux de Jaffé que l'acide benzoïque chez les poules se transforme non en acide hippurique mais en acide ornithurique. L'auteur reconnut que chez les poulets soumis à une nourriture végétale, on ne trouve pas d'acides sulfo-conjugués, mais qu'ils se produisent par l'usage d'une nourriture animale. Il constata de plus que si on fait prendre du phénol à une poule soumise à une nourriture végétale les acides sulfo-conjugués apparaissent immédiatement. Il trouva de même que les poules éliminent l'indol à l'état d'indican.

Il arriva aux mêmes résultats avec les grenouilles empoisonnées par le phénol et l'indol.

E. HARDY.

Ueber eine neue Reaction auf Kreatinin und Kreatin (Sur une nouvelle réaction de la créatinine et de la créatine), par Th. WEYL (*Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft, Bd. XI, p.* 217, 1878).

Lorsque l'on verse quelques centimètres cubes d'urine humaine fraîche sur une petite quantité d'une solution aqueuse de nitroprussiate de soude, et qu'on y ajoute quelques gouttes d'une solution étendue de soude, on

voit apparaître une coloration rouge rubis, peu persistante. Cette teinte est caractéristique de la créatinine, du moins elle ne se produit avec aucun des corps isolés jusqu'à présent de l'urine ni avec l'hyposulfite de soude, sulfate de soude, sulfate de névrine, urée sulfurée, taurine, glycocolle, sarkosine, carbonate de guanidine, créatine, ammoniaque, carbonate d'ammoniaque, leucine, tyrosine, ferrocyanure et ferricyanure de potassium. La réaction n'est pas empêchée par la présence du sucre ni de l'albumine dans l'urine ; mais elle ne se produit pas si on élève la température. La créatine donne la même réaction.

E. HARDY.

Ueber die Einwirkung von chromsaurem Kali und Schwefelsäure auf Cholsaure (Sur l'action du bichromate de potasse et de l'acide sulfurique sur l'acide cholique), par TAPPEINER (*Annalen der Chemie, Bd. CLXLIV, p.* 211, 1878).

Sous l'influence de la chaleur, l'acide cholique (cholalique de Strecker) est vivement attaqué par un mélange de 10 parties de bichromate de potasse et 15 d'acide sulfurique étendu de 3 fois son volume d'eau pour une partie d'acide, et on obtient comme produit de la réaction les acides cholestérinique $C^{12}H^{16}O^{7}$, stéarique, tannique, cholonique, $C^{20}H^{28}O^{16}$.

L'acide cholestérinique a été obtenu par Redtenbacher, Schlieper, Gundelach, Strecker par l'action de l'acide nitrique sur la cholestérine, l'acide choloïdique, cholique et hyocholique. L'auteur l'a préparé par l'oxydation de l'acide cholique par le bichromate de potasse et l'acide sulfurique. Il lui attribue la formule $C^{12}H^{46}O^{7}$ et donne le nom d'acide pyrocholestérinique à l'acide $C^{11}P^{15}O^{5}$ qui en diffère par une molécule d'acide carbonique en moins. L'acide cholestérinique est plus soluble à chaud qu'à froid, il cristallise en petites aiguilles, ne donne pas de réaction de Pettenkoffer, et forme des sels définis.

L'acide cholonique a été obtenu par Redtenbacher faisant réagir l'acide nitrique sur l'acide choloïdique. Il est soluble dans l'eau, l'alcool et l'éther, et cristallise en prismes très-fins : il ne donne pas la réaction de Pettenkoffer ; il a pour formule $C^{20}H^{28}O^{6}$, et forme deux séries de sels.

E. HARDY.

Ueber Chitin und seine Spaltungsprodukte (Sur la chitine et ses produits de décomposition), par Georg. LEDDERHOSE (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Bd. II, p.* 213, 1878).

1° Lorsqu'on fait bouillir de la chitine avec de l'acide chlorhydrique concentré on obtient du chlorhydrate de glycosamine $C^{6}H^{13}AzO^{5}$ facilement cristallisable.

2° Avec le chlorhydrate de glycosamine il se produit de l'acide acétique et de petites quantités des acides supérieurs.

3° Par l'acide sulfurique concentré la chitine donne un hydrate de carbone, probablement de la glycosamine et de l'acide acétique.

4° La chitine se dissout dans l'acide azotique concentré avec production d'une grande quantité d'acide acétique.

5° En fondant de la chitine avec de la potasse, de l'hydrogène et de l'ammoniaque se dégagent, et le liquide distillé contient les acides acétique et butyro-acétique.

6° Dans la distillation sèche de la chitine il se produit de l'acide acétique et de l'acétate d'ammoniaque.

7° D'après les nouvelles analyses de l'auteur la chitine a la formule $C^{15}H^{26}Az^2O^{10}$, et elle se décompose suivant l'équation.

$$\underset{\text{chitine.}}{C^{15}H^{26}Az^2O^{10}} + 3H^2O = \underset{\text{glycosamine.}}{2C^6H^{13}AzO^5} + \underset{\text{ac. acétique.}}{3C^2H^4O^2}$$

E. HARDY.

Ueber Urobilin (Sur l'urobiline), par LUDWIG DISQUÉ (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Bd. II, p.* 259, 1878).

Voici les conclusions de l'auteur :

1° L'urobiline préparée artificiellement par Maly n'est pas un corps pur;

2° Par la réduction prolongée de l'urobiline ou de la bilirubine, on obtient un produit incolore qui ne donne plus aucune bande d'absorption dans le spectre et qui se change en urobiline, quand on la traite par le chloroforme en présence de l'air;

3° Cette transformation a lieu par l'absorption de l'oxygène de l'air.

E. HARDY.

Ueber den Einfluss verdünnter Sauren auf Blutkreislauf und Temperatur (De l'influence des acides étendus sur la circulation du sang et la température, par Ph. HOFBAUER (*Verhandlungen der Physikal Medicin. Gesellschaft in Würzburg, t. XII,. p.* 125).

L'auteur fait usage d'acide acétique et citrique à doses faibles, et il opère sur des grenouilles et des lapins. Les acides agissaient sur le cœur des animaux à sang froid de la même manière que les acides minéraux, c'est-à-dire en déterminant un arrêt ou un ralentissement du cœur. Chez le chien les doses faibles n'ont produit aucun effet, non plus que chez l'homme. DASTRE.

Ueber die Aufnahme und Ausscheidung des Eisens (Sur l'emploi et l'élimination du fer), par E. W. HAMBURGER *Zeitschrift für physiologische Chemie, Bd. II,* p. 191, 1878).

Le fer est-il un élément constant du l'urine humaine? Cette question a été diversement résolue. Dans 50 cas, observés tant sur l'homme sain que sur des malades atteints d'affections diverses, et en servant de réactifs bien privés de fer, Hamburger a toujours trouvé ce métal dans les cendres de l'urine humaine. Il regarde le sulfure d'ammonium comme le réactif le plus sensible pour faire cette détermination. Par ce moyen on peut déceler 0,00048 de fer dans 100 grammes d'urine.

L urine normale en contient en réalité dix fois davantage, et cependant on ne peut le reconnaître directement par le sulfure d'ammonium. La cause tient probablement à ce que le fer n'est pas à l'état de sel dans l'urine, mais sous une forme semblable à celle dans laquelle il se trouve dans l'hématine, où il ne peut y être précipité directement. On a fait depuis longtemps un grand nombre de recherches sur l'urine des malades qui absorbent du fer par la bouche. Les résultats ont été contradictoires. Woronichin (*Wiener med. Jahrbüch.*, 15, 159, 1868) crut pouvoir expliquer ces différences par la présence ou l'absence du chlorure de sodium. L'auteur a repris ses expériences; il traitait les cendres par l'acide sulfureux et dosait avec le caméléon. Les expériences furent faites sur deux chiens auxquels on fit prendre par jour 5 grammes de sulfate de fer, mêlés avec 500 grammes de viande.

Il résulte de ses observations, qu'après l'emploi du sulfate de fer on trouve dans l'urine une très petite quantité de fer en plus qu'à l'état normal, 1 à 2 milligrammes par jour. Ce fer ne peut être reconnu directement par le sulfure d'ammonium. E. HARDY.

Quecksilbernachweis im Harn mittelst Messingwolle (Recherche du mercure dans l'urine au moyen de laine de laiton), par Paul FÜRBRINGER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 23, *p.* 332, 10 *juin* 1878).

Le procédé de Ludwig, publié l'an dernier (*Wiener med. Jahrb.*, 1877, p. 143), pour reconnaître la présence du mercure dans les substances animales, a sur les procédés antérieurs le triple avantage d'être doué d'une exquise sensibilité, d'économiser du temps et de dispenser de l'emploi d'appareils d'électrolyse compliqués.

Le procédé de Mayer, publié en même temps (*Wiener med. Jahrb.*, 1877, p. 29) est moins commode pour la pratique, car il nécessite un appareil considérable et une ébullition prolongée durant un grand nombre d'heures.

Le principe qui a servi de base à Ludwig est le même que celui de Schneider (*Sitzungsber. der K. Wiener Akad. der Wissenschaften*, XL, p. 239) : amalgame de limaille de cuivre ou de zinc en suspension dans le liquide essayé, production d'un courant d'électrolyse réducteur; séparation du mercure de son amalgame par la chaleur et transformation du mercure métallique en iodure. A l'aide de cette méthode on parvient à déceler dans 500^{cc}. d'urine ou d'eau, l'existence de 0,0001 de mercure.

Après s'en être servi nombre de fois et lui avoir reconnu certains inconvénients, tenant à l'emploi de la limaille de zinc et à la disposition des appareils, Fürbringer lui a substitué un procédé aussi sensible, mais d'une exécution plus simple et plus rapide.

Pour 500 ou 1,000^{cc}. d'urine acidulée et chauffée à 60 ou 80^{0} centigrades, il ajoute 25 ou 50 centigrammes de laine de laiton, en remuant le mélange pendant 5 ou 10 minutes. Il transvase ensuite l'urine et la remplace par de l'eau bouillante, afin de laver le métal amalgamé. Puis les copeaux métalliques sont extraits du verre avec des pinces et secoués pour les débarrasser des gouttelettes d'eau qui y adhèrent; alors on les plonge successivement dans l'alcool absolu et dans l'éther qui dissolvent

les combinaisons organiques retenues par l'amalgame; à la sortie du bain d'éther, une simple agitation des fils métalliques à l'air suffit pour évaporer cet éther. On enlève les dernières traces d'humidité des copeaux de laiton en les pressant dans du papier brouillard. Ainsi desséchés, on les roule en sphère ou en fuseau et on les dépose dans un tube de distillation dont on étire à la lampe les deux extrémités que l'on rend ainsi capillaires, l'une avant l'introduction de l'amalgame, l'autre après cette introduction. Saisissant le tube par ses extrémités capillaires, on en chauffe la portion médiane où se trouve l'amalgame : le mercure se volatilise et vient former dans les parties capillaires des anneaux qui ont parfois la minceur d'un cheveu et ne sont alors reconnaissables qu'à la loupe. Après refroidissement, on transforme le mercure métallique en iodure rouge ou jaune par addition de quelques fragments d'iode et exposition à la chaleur.

— Fürbringer a fait, grâce à ce procédé, plusieurs centaines d'analyses d'urine; il est en train d'en généraliser l'application à tous les liquides de l'économie, sans recourir au chlorate de potasse pour détruire les matières organiques.

Pour les détails des manipulations et les précautions à prendre dans les opérations successives, on fera bien de recourir au mémoire original.

J. B.

Ueber das Mercurialin (Methylamin) (Sur la mercurialine (méthylamine), par Ernst SCHMIDT (*Annalen der Chemie, t. CLXLIII, p.* 73, 1878).

Reichert a émis l'opinion que la mercurialine que l'on extrait de la mercuriale n'était que de la méthylamine. Toutefois, quelques caractères semblaient séparer ces deux substances. L'auteur a repris cette étude et a cherché à préparer de la mercurialine parfaitement pure. Il a pu constater ainsi que ces substances sont complètement identiques. Il a fait l'examen et l'analyse de la base libre de ses sels, chlorhydrate, oxalate, chlorure de platine et de mercurialine. E. HARDY.

Ueber Einwirkung von Wasserstoff-Hyperoxyd auf Harnsäure (Action de l'eau oxygénée sur l'acide urique et production de l'acide oxalique dans l'économie), par SELIGSOHN (*Archiv f. Anat. u. Phys., p.* 341, 1878).

En faisant agir pendant longtemps l'ozone sur l'acide urique, on finit par produire de l'allantoïne et de l'alloxane. En faisant agir sur l'acide urique l'eau oxygénée, on trouve, outre l'alloxane, une certaine quantité d'acide oxalique.

Seligsohn rappelle la réaction connue de Williamson, à savoir que l'oxamide traitée par l'oxyde de mercure donne de l'acide urique, et il suppose que l'oxamide est une des substances génératrices de l'acide urique. En effet, l'oxamide, traitée par l'ozone, donne de l'acide urique.

Ainsi l'acide oxalique semble avoir pour origine l'acide urique et les corps amidés. Leur combustion incomplète donne naissance non pas à de l'acide carbonique, mais à de l'acide oxalique, et cela explique dans quelques cas la diathèse oxalique, qu'on observe quelquefois, et qui a certaines analogies avec la diathèse urique. CH. R.

Nouveau procédé d'analyse du lait donnant rapidement et directement les trois principes essentiels de ce liquide : beurre, lactéine, caséine, sur un seul et même échantillon, par ADAM. — Observations sur le même sujet, par E. MARCHAND. — Réponse à ces observations, par ADAM (*Journal de pharmacie et de chimie, 4e série, tome XXVIII, p.* 381-453-456, 1878).

Ce procédé s'exécute à l'aide d'un appareil très simple consistant essentiellement en un tube de verre de 40 centimètres cubes de capacité, muni à sa partie supérieure d'un bouchon, renflé à sa partie moyenne et effilé à sa partie inférieure que termine un robinet de verre ; cet appareil peut être au besoin remplacé par la burette de Mohr.

Opération. — On introduit dans l'appareil : 1° 10 centimètres cubes d'alcool à 75° ; 2° 10 centimètres cubes de lait neutre ou neutralisé et additionné d'une goutte de soude caustique à 36°; 3° 11 centimètres cubes d'éther bien pur. On mélange avec soin et on laisse reposer. Presque instantanément le liquide se sépare en deux couches nettement séparées : 1° une supérieure limpide contenant tout le beurre ; 2° une inférieure opaline renfermant toute la lactose et toute la caséine.

La couche inférieure est soutirée à 1 centimètre cube près. On mélange de nouveau, on secoue fortement, et on laisse reposer encore quelques minutes afin de réunir à la portion principale la petite quantité de matière lactocaséieuse qui s'est encore rassemblée dans le bas de l'appareil. Le tout est mis à part.

On soutire alors la solution butyreuse dans une capsule tarée, on lave avec un peu d'éther pour recueillir toute la matière, on évapore et on pèse. La différence donne le poids du beurre augmenté du poids de la petite quantité de matière caséeuse non enlevée. On reprend alors par l'éther qui dissout le beurre seul et en l'évaporant de nouveau dans une capsule tarée on en a le poids exact.

Pour opérer la séparation et le dosage de la lactose, on porte à 100 centimètres cubes le volume de la liqueur soutirée la première, au moyen de l'eau distillée qui a servi préalablement à rincer l'appareil. On mélange le liquide et on fait tomber 8 à 10 gouttes d'acide acétique concentré ; la caséine se sépare aussitôt en flocons caillebotés comme du chlorure d'argent. On laisse reposer 5 minutes et on verse sur un filtre taré. On recueille ainsi 94 à 96 centimètres cubes d'un liquide limpide qui ne contient plus que les sels du lait, l'acétate de soude formé et la lactose que l'on peut doser par la liqueur cupro-potassique de Fehling.

La caséine restée sur le filtre est lavée à plusieurs reprises à l'eau distillée. Le filtre retiré avec précaution de l'entonnoir est déplié, replié en deux, pressé fortement entre des feuilles de papier buvard. On pèse le filtre ainsi desséché et la différence donne le poids de la caséine.

On dose l'eau et les cendres en évaporant 10 centimètres cubes de lait additionné de deux gouttes d'acide acétique dans une capsule tarée. On pèse; la différence de poids donne la quantité d'eau. En calcinant le résidu on aura le poids des cendres.

Ce procédé réussit parfaitement avec le lait de femme. Seulement pour la précipitation de la caséine il faut employer de l'acide acétique

très dilué, l'ajouter goutte à goutte, et laisser reposer jusqu'à ce que le précipité soit nettement séparé de la liqueur claire. E. HARDY.

Falsification du beurre par des corps gras de nature diverse, par C. HUSSON (*Journal de pharmacie et de chimie, 4e série, tome XXVII*, 1878).

Conclusions. — On reconnaîtra que le beurre est naturel et de bonne qualité :

1° Par la forme cristalline de la margarine du beurre;

2° En traitant un poids déterminé de la substance à examiner par un mélange, à partie égale, d'alcool et d'éther. On opère la dissolution en plaçant le ballon qui sert à l'opération dans un bain-marie maintenu à la température de 35 à 40 degrés, puis on laisse refroidir à 18 degrés. Au bout de vingt-quatre heures de repos, le beurre naturel et bien préparé doit laisser un dépôt de margarine qui, après dessiccation, ne sera pas supérieur à 40 0/0, ni inférieur à 35. Une diminution de ces chiffres serait une preuve certaine de falsification par la margarine Mouriès, l'axonge ou la graisse d'oie. Une augmentation, au contraire, annoncerait l'introduction dans le beurre de suif de bœuf, de veau ou de mouton,

Le microscope fera distinguer toutes ces substances entre elles. Nous renvoyons au mémoire original pour la description des méthodes à employer et l'examen des planches qui les accompagnent. E. HARDY.

Zur Chemie der Altersveränderungen der Linse (Étude chimique sur les transformations séniles du cristallin), par M. KNIES (*Untersuchungen aus dem physiologischen Institute von Heidelberg, t. I, fasc.* 2, 1877).

L'auteur montre que le noyau cristallinien n'est pas, comme on l'a cru jusqu'ici, de la kératine, mais bien une substance albuminoïde. Comme la capsule du cristallin, d'après les recherches d'Ewald et Kühne, est une substance albuminoïde et non une substance élastique, il en résulte que tout le système cristallinien est presque entièrement composé de matière albuminoïde. H. LELOIR.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Die Wucherungen der Kammerwände des Gehirns (Les tumeurs des parois ventriculaires du cerveau), par J. WEISS (*Mediz. Jahrb., Heft* 4, 1878).

L'auteur commence par étudier les éléments normaux des parois ventriculaires. Sur tous les points il a trouvé des cellules épithéliales à cils vibratiles, volumineuses surtout au plancher du 4e ventricule où elles

présentent une base rétrécie avec un gros prolongement rectiligne ou plusieurs prolongements fins. A la surface, de petits points brillants marquent l'insertion des cils. Elles ont un protoplasma granuleux, un noyau allongé et pâle, et un nucléole.

L'épendyme, remarquable par la coloration intense que lui donne le carmin, surtout dans sa couche profonde, a, du côté de la substance nerveuse, une limite bien nette formée par les vaisseaux qui ne l'envahissent jamais à l'état normal.

Il est constitué par des faisceaux de tissu conjonctif et un nombre assez restreint de cellules de Deiters. Dans certains cas la préparation ne laisse subsister que le noyau de ces dernières qui apparaît isolé.

Les tumeurs qui font l'objet de ce travail sont constituées par une hypertrophie de l'épendyme; quant à l'épithélium il ne concourt au processus morbide que d'une façon accessoire. Quand on les dissocie on trouve des cellules de Deiters remarquables par leurs dimensions et la richesse de leurs prolongements, avec des noyaux à divers degrés de segmentation, on observe en outre des cellules rondes très grandes et très nombreuses, pourvues d'un protoplasma finement granuleux, d'un noyau et d'un nucléole. A la coupe on peut se convaincre que ces deux ordres d'éléments sont en réalité de la même nature, car on assiste à tous les stades de leur métamorphose. Les cellules rondes qui occupent la couche profonde de la tumeur perdent leur forme, deviennent irrégulières et se garnissent de prolongemetns qui leur donnent l'apparence de cellules de Deiters. Le réseau de tissu conjonctif dans lequel elles sont plongées devient de plus en plus serré du côté de la superficie.

L'épendyme tuméfié fixe le carmin aussi bien que l'épendyme normal, mais il n'est plus limité inférieurement par les troncs vasculaires, car les vaisseaux l'envahissent. On voit se grouper autour de ces vaisseaux un grand nombre de cellules rondes qui leur forment une gaîne simple ou double, ou constituent autour d'eux des amas considérables. Les mêmes cellules peuvent être aussi disposées en rangées simples ou doubles sans qu'on trouve de vaisseau dans leur voisinage, ce qui ferait croire qu'elles remplissent des espaces lymphatiques.

L'épithélium ne forme pas aux tumeurs un revêtement uniforme; il manque sur certains points. Mais on trouve des cellules épithéliales dans l'intérieur de la masse, reconnaissables à leur forme et à leur disposition. Il est évident qu'elles ne sont pas là nouvellement formées, mais qu'elles ont pénétré par inclusion, soit que la tumeur en se faisant jour les ait débordées sur un point, soit que deux excroissances voisines aient accolé l'un à l'autre leurs revêtements épithéliaux pour se souder ensuite au delà.

L. GALLIARD.

Further histological researches on the pathology of the nervous system (Nouvelles recherches histologiques sur les altérations du tissu nerveux central), par W. Henry KESTEVEN (*St-Bartholom. hosp. Rep., t. XIII, p.* 51, 1877).

L'auteur a spécialement étudié le processus atrophique des cellules nerveuses. Le premier indice d'atrophie est l'apparition, autour de ces éléments, d'un petit espace vide qui graduellement s'accroît en étendue. Si-

multanément le noyau se modifie et augmente de volume; mais ce n'est qu'une apparence, due à la résorption d'une partie du protoplasma cellulaire. Puis, les prolongements de la cellule et le cylindre-axe se détachent : finalement la pigmentation envahit ces corpuscules.

L'atrophie de la névroglie est toujours associée à l'atrophie des éléments nerveux. Elle se caractérise par la diminution et même la disparition de la plupart des noyaux de la névroglie : lésion d'ailleurs difficile à reconnaître de la sclérose, car celle-ci survient souvent alors qu'il existe une compression des centres nerveux qui détruit les cellules et les fibres nerveuses.

Les altérations vasculaires en pareille circonstance sont fréquentes. Elles consistent en dilatation des vaisseaux allant jusqu'aux anévrysmes, mais il est difficile de savoir si le vaisseau est agrandi par le fait d'un épaississement de ses parois ou d'une dilatation de son calibre. Quant aux espaces périvasculaires, ce sont, d'après l'auteur, des apparences *post mortem* d'une congestion ayant pendant la vie refoulé la substance nerveuse autour du vaisseau. Suivant que ces espaces périvasculaires contiennent des cristaux d'hématine ou des éléments figurés, on peut en conclure si la congestion est ancienne ou récente.

Quant à l'endartérite et à la prolifération endothéliale décrite par Heubner comme caractéristique de la syphilis, l'auteur la regarde comme une lésion banale et ne relevant pas nécessairement d'un processus spécifique. Dans une autre communication, il a montré que la dégénération miliaire des vaisseaux, qui est une autre forme d'endartérite se rencontre dans bien des cas d'affections nerveuses. H. RENDU.

Ueber die Degeneration und Regeneration der markhaltigen Nerven nach traumatischen Læsionen (Dégénération et régénération des nerfs à myéline à la suite des lésions traumatiques), par KORYBUTT-DASZKIEWICZ (*Dissert. Strasbourg*, 1878).

L'auteur décrit les phénomènes observés pendant les deux périodes successives de la dégénération inflammatoire et de la dégénération paralytique ; les altérations portant, dans la première, sur les deux bouts du nerf et, dans la seconde, intéressant d'une façon prédominante la partie périphérique.

Les lésions inflammatoires sont toujours limitées par les étranglements annulaires voisins de la perte de substance ; une accumulation de globules blancs se fait à ce niveau et forme un double renflement nodulaire.

Dans la seconde période, le phénomène capital est la segmentation de la myéline ; la gaîne médullaire disparaît en partie au niveau des dépressions décrites par Lautermann, ce qui donne à la fibre nerveuse une apparence variqueuse. La myéline fragmentée forme, à l'intérieur de la gaîne de Schwann, de petites masses sphériques qui se résolvent en grande partie en granulations graisseuses.

Les noyaux qui adhérent aux fragments des tubes nerveux et ceux qui, provenant du tissu de cicatrice, pénétrent dans les gaînes, se multiplient et jouent un rôle dans la résorption de la myéline.

L'auteur conclut des faits qu'il a observés que, dans les bout périphérique du nerf aussi bien qu'au niveau de la plaie, des globules blancs

pénètrent à l'intérieur de la gaîne ; il pense que cette immigration se fait au niveau des rétrécissements annulaires.

Il dit avoir constaté dans plusieurs cas un autre mode de résorption de la myéline, qui se répandrait par une sorte d'exsudation, dans l'intervalle des fibres nerveuses et le long des capillaires et se résoudrait en particules très fines.

Quand aux noyaux de la gaîne de Schwann, ils s'entourent, surtout au voisinage de la cicatrice, de protoplasma granuleux, se séparent de la paroi et prennent une forme allongée, sans qu'on puisse dire s'ils donnent naissance à des fibres nerveuses nouvelles.

Les cylindres-axes du bout périphérique se segmentent, en même temps que la myéline, en un plus grand nombre de portions dont les unes doivent se résorber, les autres persister et se revêtir d'une nouvelle gaîne médullaire ; quelques fragments même conservent leur myéline jusqu'à la régénération. Les segments persistants des cylindres-axes deviennent le point de départ de la formation endogène des fibres nerveuses nouvelles.

La régénération des divisions terminales dans les muscles et dans la peau est beaucoup plus tardive que celle du tronc nerveux, parce que la plupart des filaments axiles se détruisent. Dans le cas de simple section les cylindres-axes les plus voisins du bout central ne disparaissent pas, mais ils s'accroissent dans le tissu de cicatrice, et vers la périphérie, soit en suivant le trajet des capillaires voisins, soit en s'insinuant entre les fibres anciennes, soit enfin en formant un renflement qui est l'analogue du névrome des amputés.

Dans le cas de grande perte de substance, la régénération se fait plus vite dans le bout central que dans le bout périphérique ; mais, comme on voit les fibres nouvelles pénétrer du segment spinal vers la périphérie, de même les fibres périphériques régénérées se développent vers le centre et pénètrent jusqu'à la moelle. G. HOMOLLE

Pathology of Tetanus and Hydrophobia (Pathologie du tétanos et de l'hydrophobie) (Communication faite à la Société royale médico-chirurgicale de Londres), par Joseph COATS (*The Lancet, p.* 882, 15 *décembre* 1877).

L'auteur commence par un exposé d'anatomie pathologique. Dans le tétanos, le système nerveux central est le siège d'une hyperémie évidente, et le voisinage des vaisseaux sanguins présente certains caractères particuliers. Dans la moelle et le bulbe rachidien, la protubérance, les tubercules quadrijumeaux et le corps strié, mais surtout dans les deux premiers de ces organes, on trouve autour des vaisseaux une matière granuleuse d'origine probablement exsudative. Les parties postérieures du bulbe contiennent un vaisseau longitudinal qui est plus spécialement compromis que les autres, et, sur ce point comme ailleurs, on peut trouver des hémorrhagies. Un exsudat jaune, liquide, fourni par les plus petits vaisseaux, occupe les circonvolutions, et les vaisseaux moyens de ces parties sont pour la plupart intacts, au contraire de leurs analogues du bulbe et de la moelle.

Dans l'hydrophobie, on observe un agrégat de leucocytes autour des

vaisseaux sanguins du système nerveux central. Ce sont les vaisseaux sanguins qui sont aussi altérés dans la moelle, le bulbe, le point de Varole et les tubercules quadrijumeaux : dans les circonvolutions, ce sont les capillaires ou les vaisseaux d'un petit calibre. Les glandes salivaires sont infiltrées de leucocytes en rapport spécial avec les vaisseaux sanguins. A un degré beaucoup moindre, il en est de même des glandes muqueuses du larynx. Les reins sont hyperémiés et semés d'agrégats de globules blancs.

Cela posé, Coats entreprend de discuter la pathologie des deux maladies en question. Il insiste sur la presque identité, dans les deux cas, de la distribution des lésions au sein du système nerveux central, et sur le degré d'analogie qui unit ces dernières. Le siège des altérations est comparé par lui à la localisation des tubercules dans la méningite granuleuse, et rapporté aux particularités anatomiques et physiologiques de la circulation. Si les lésions, dans l'hydrophobie, ne sont pas limitées au système nerveux central, il ne ressort point des faits connus qu'il en soit de même dans le tétanos ; toutefois, un auteur a signalé une affection parenchymateuse du foie, du rein, etc. Dans les deux maladies, la localisation spéciale des symptômes à la langue, à la gorge et au cou se lie à la prédominance des lésions du bulbe, notamment au voisinage des noyaux d'origine des nerfs, dans le plancher du quatrième ventricule, etc., le principal vaisseau nourricier de la moelle étant spécialement en connexion avec ce noyau de substance grise.

La conclusion du pathologiste anglais est que deux poisons différents paraissent produire le tétanos et l'hydrophobie, poisons qui, circulant dans le sang, attaquent le système nerveux central. Ces agents irritent le système nerveux ; mais, comme leur nature est différente, le genre d'irritation qu'ils produisent diffère également. Il y a, néanmoins, entre eux, une ressemblance remarquable en ce qui concerne les localisations anatomo-pathologiques, ainsi qu'il vient d'être dit. C'est, sans doute, aux relations anatomiques et physiologiques des vaisseaux nutritifs qu'on doit attribuer la concentration de l'irritation dans une certaine partie de la moelle allongée. La température élevée qui se développe dans l'hydrophobie et, parfois, dans le tétanos, ne semble pas être en désaccord avec ces vues théoriques. P. GINGEOT.

A contribution to the pathology of tetanus (Contribution à l'anatomie pathologique du tétanos), par A. WOODS (*The Lancet*, 1878).

L'auteur expose les résultats d'une autopsie faite par lui, rappelle les lésions diverses cérébrales, spinales du grand sympathique observées par les auteurs, invoque les expériences des physiologistes sur les mouvements réflexes exagérés. Ses conclusions comprennent l'étiologie, les lésions médullaires primitives et secondaires et leur pathogénie.

Etiologie. — Le tétanos traumatique reconnaît pour point de départ une irritation nerveuse. Quant au tétanos *à frigore*, il se rattache probablement à une modification du liquide sanguin analogue à celle qui se traduit par le rhumatisme articulaire. Ce sont les conditions et prédispo-

sitions individuelles qui déterminent les manifestations morbides, provoquées par le froid, ici vers les articulations, là vers le poumon et la plèvre, ailleurs du côté des méninges ou de la moelle elle-même.

Lésions médullaires. — Elles se succèdent dans l'ordre suivant : 1° dilatation énorme des vaisseaux sanguins dans toute la moelle, mais particulièrement au voisinage des noyaux d'origine du grand hypoglosse et du pneumo-gastrique, et autour du canal central de la moelle, surtout au niveau des nerfs de la région atteinte. — 2° Infiltration de leucocytes dans les mêmes points. — 3° Dégénérescence granuleuse avec toutes ses conséquences.

Le processus régressif est plus ou moins avancé suivant le temps écoulé depuis le début de l'affection ; il est surtout accusé et visible dans les cornes postérieures.

Pathogénie. — Suractivité des cellules ganglionnaires en relation avec le siège de la plaie; retentissement de cette suractivité sur les segments inférieurs, mais surtout supérieurs de la moelle. Ces cellules, à vitalité et à fonctionnement exagérés, ne reçoivent qu'un sang modifié en quantité ou en qualité ; elles ne tardent pas dès lors à s'altérer et à devenir granuleuses. V. CAMPENON.

Zur pathologischen Anatomie des Rückenmarks beim Tetanus (Anatomie pathologique de la moelle dans le tétanos), par E. AUFRECHT (*Deutsche med. Wochenschr.*, *nos* 14 *et* 15, 1878).

La moelle d'un sujet mort en deux jours du tétanos à la suite d'une luxation compliquée du pouce, présenta les lésions suivantes : A l'état frais, hyperémie de la pie-mère et de la substance grise. Après durcissement, sur des coupes de la moelle lombaire, les cellules des cornes postérieures sont tellement remplies de granulations pigmentaires que le noyau et ses corpuscules sont invisibles; sur quelques cellules non pigmentées, le noyau a disparu et est remplacé par des gouttelettes brillantes. Dans la portion dorsale, la plupart des cellules sont transformées en masses ovales ou rondes d'un jaune vif sans prolongement, noyaux ni nucléoles ; dans les cornes antérieures, elles sont réduites de moitié ; seules, les cellules des colonnes de Clarke ssnt conservées. Dans la région cervicale, les altérations sont encore plus profondes. Les cellules des cornes antérieure et postérieure ont une coloration rouillée ; elles ne renferment ni noyau, ni nucléole, ni granulations pigmentaires ; leur volume égale à peine celui des noyaux des cellules normales. La substance fondamentale renferme des granulations foncées, des corpuscules anguleux, jaunâtres, auxquels s'ajoutent, dans les parties supérieures de la moelle dorsale et dans la moelle cervicale, de petites masses arrondies brillantes qui semblent être de nature huileuse.

En résumé, il s'agit dans ce cas d'une inflammation parenchymateuse primitive des cellules ganglionnaires de la moelle. G. HOMOLLE.

Die Ergebnisse eines Falles von subacuter spinal-Paralysie, insbesonderen für die Lehre von der Muskel und Nerven-Regeneration (avec planches) (Études sur la régénération des muscles et des nerfs à propos d'un cas de paralysie spinale subaiguë), par AUFRECHT (*D. Arch. f. kl. Med., Bd. XXII, p.* 33, 1878).

Le cas étudié par l'auteur présente la symptomatologie habituelle de la maladie: Sensations douloureuses chez une jeune fille de 23 ans, à la pression dans les membres inférieurs, puis faiblesse des pieds et au bout de 18 jours parésie presque complète des extrémités inférieures, bientôt suivie d'atrophie musculaire et de l'apparition d'un pied bot varus-équin. Plus tard paralysie des muscles du tronc, si bien que la malade ne peut plus ni se lever, ni même s'asseoir. Enfin paralysie et atrophie des extrémités inférieures. Pendant tout ce temps, intégrité de la sensibilité, de la défécation et de la miction.

Une tuberculose miliaire généralisée enlève la malade deux mois après le début de la maladie; terminaison brusque qui donne un intérêt tout particulier à l'examen anatomo-pathologique, car dans les deux seuls cas où il a été pratiqué, la mort n'était survenue qu'au bout de 1 an et de 4 ans.

L'auteur en profite pour décrire des faits dignes d'intérêt sur la régénération du tissu musculaire et du tissu nerveux. La dégénérescence parenchymateuse et graisseuse des muscles ne conduit pas à leur destruction, mais dans la plupart des cas à leur régénération. Le processus est le suivant. Les sarcous elements fondent sous l'envahissement de granulations albuminoïdes, auxquelles peuvent succéder des globules de graisse. Granulations ou globules de graisse sont rangés à peu près comme l'étaient les sarcous elements dans une substance claire fondamentale, qui plus tard contiendra les noyaux musculaires, quand granulations, graisse, et sarcolemme auront disparu. Ce protoplasma musculaire est donc la substance capitale du muscle normal, s'il n'est le muscle lui-même. La striation, la réapparition des sarcous elements se produisent par places, au voisinage des noyaux. Les noyaux du tissu conjonctif ne prennent aucune part à la régénération des muscles.

Quant à la régénération des fibres nerveuses, la myéline disparaît d'abord, puis le cylindre-axe. Celui-ci devient brillant, variqueux, puis se rompt et disparaît, laissant à sa place quelques globules adipeux, tandis que la gaîne de Schwann se transforme en une enveloppe filamenteuse. Les nouveaux cylindres-axes naissent entièrement des noyaux des anciennes fibres nerveuses et apparaissent d'abord sous forme d'un double filament entouré de noyaux. Plus tard ces noyaux disparaissent; les filaments se rapprochent jusqu'à confondre complétement leurs bords, si bien que le cylindre axe est définitivement constitué par un simple filament. P. OULMONT.

Sur l'existence de lésions des racines antérieures dans la paralysie ascendante aiguë. Note de J. DÉJERINE (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 15 *juillet* 1878).

Il résulte de ces recherches que, dans certains cas de paralysie ascendante aigüe, dans lesquels l'examen le plus minutieux ne dénote aucune altération du côté de la moelle épinière, il existe une altération des ra-

cines antérieures, à savoir : fragmentation de la myéline en gouttes et gouttelettes; hypergénèse du protoplasma de chaque segment interannulaire ; multiplication des noyaux de la gaîne de Schwann ; et enfin, disparition complète du cylindre-axe. Sans vouloir généraliser à tous les cas ces résultats de deux autopsies, l'auteur attire sur ce point l'attention des anatomopathologistes, d'autant que dans les observations des auteurs antérieurs l'examen des racines antérieures n'a jamais été fait.

M. DUVAL.

Intorno alle alterazioni trovate nel simpatico in un caso d'ipermegalia (Sur les altérations du grand sympathique dans un cas de paralysie pseudo-hypertrophique), par Vincenzo BRIGIDI (*L'Imparziale*, 1878, *Anal. in lo Sperimentale, mars* 1878, *p.* 231).

Un homme de 30 ans, soumis depuis sa jeunesse à de grandes fatigues, commence à éprouver de la difficulté à marcher. Certains muscles augmentent de volume, d'autres s'atrophient. Contractilité musculaire affaiblie partout et complètement abolie dans certaines régions. Diagnostic : paralysie pseudo-hypertrophique (?). A l'autopsie, on trouve les muscles injectés : une grande quantité de tissu cellulo-adipeux se trouve dans les intervalles qui séparent les fibres musculaires. Nerfs périphériques, cerveau, protubérance, moelle, sains. Le sympathique présente les altérations suivantes : les ganglions, particulièrement ceux de la région cervicale, sont plus colorés que de coutume, leurs vaisseaux sont dilatés. Les cellules nerveuses, plus rares, qu'à l'état normal, sont atrophiées et fortement pigmentées. Le tissu interstitiel est hyperplasie. Les fibres à myéline sont rares et grèles : les fibres de Remak ont des contours peu distincts et sont remplacés en plusieurs endroits par du tissu conjonctif.

A. PITRES.

Ueber amöboïde Kernbewegungen in normalen und entzundeten Geweben (Mouvements amiboïdes des noyaux dans des tissus normaux et enflammés), par L. UNGER (*Mediz. Jahrbücher von Stricker, Heft* 3, 1878).

Les mouvements observés dans les cellules de divers tissus amènent l'auteur à conclure que le noyau est de nature protoplasmique, opinion confirmée du reste par les résultats de Stricker (*R. S. M.*, XII, 403) qui a vu, dans des cellules âgées, les noyaux recouvrer leurs mouvements sous l'influence de l'inflammation.

Il a pris d'abord l'épithélium de la conjonctive de la grenouille, celui de la cornée chez la grenouille et le triton, ainsi que chez des lapins et des chiens très jeunes, celui de la vessie chez le triton et la grenouille, celui de l'estomac et de l'intestin des mêmes animaux.

Dans les cellules épithéliales à l'état normal ou cautérisées au nitrate d'argent, le noyau change de forme, son contour devient irrégulier, présente des saillies et des dépressions, il disparaît en certains points pour se montrer de nouveau au bout d'un moment. Dans le protoplasma se forment des taches alternativement sombres et claires. Au bout de deux heures, les mouvements ont cessé. On voit quelquefois après deux ou trois jours les noyaux se multiplier par segmentation ou par bourgeonnement, surtout si l'inflammation a duré un certain temps.

L'auteur examine ensuite les noyaux musculaires : dans les muscles striés de l'écrevisse, les mouvements restent limités au centre du noyau. Chez la grenouille et chez le triton, les noyaux des muscles striés et aussi ceux des fibres lisses s'étranglent à leur partie moyenne et se meuvent bien visiblement.

Il constate enfin dans les cellules du ganglion intervertébral de la grenouille, la production lente de dentelures à la périphérie du noyau, et en même temps des mouvements du protoplasma. L. GALLIARD.

Recherches expérimentales sur l'inflammation des tendons, par V. FELTZ (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol. de Ch. Robin, mai* 1878).

Ces expériences ont été faites en passant de fins fils de fer dans les tendons des fléchisseurs de la patte de la grenouille ou dans les tendons terminaux de la queue de la souris. La première modification que l'on saisisse, au microscope, dans les tendons ainsi irrités par les anses métalliques, consiste en un gonflement des éléments cellulaires interfasciculaires, et en une altération de leur protoplasma, qui devient plus grenu, plus trouble qu'il n'est à l'état normal. A ce stade d'hypertrophie du protoplasma succède la multiplication des noyaux.

Si les anses métalliques ont été enlevées à ce stade, on peut assister, les jours suivants, à une véritable formation de tissu conjonctif, les noyaux embryoplastiques de nouvelle formation devenant des centres de cellules fusiformes, qui restent isolées ou qui s'anastomosent bout à bout par leurs prolongements, d'où finalement la production de fibres véritables cicatricielles. Mais lorsque les anses métalliques ne sont pas retirées à temps « on voit, dit l'auteur, naître dans l'intimité du protoplasma, soit par segmentation multiple de sa masse, soit plutôt par un phénomène de genèse directe, des corpuscules inhabiles à prendre le type de n'importe quel tissu jeune ; ces éléments, en quelque sorte mort-nés, sont la caractéristique de tout liquide purulent et constituent les formes morphologiques de toute suppuration ». M. DUVAL.

Ueber die Wanderung corpuscularer Elemente im Organismus (Migration des corpuscules élémentaires dans l'organisme), par SOYKA (*Prager med. Wochenschr.*, n° 25, 1878).

A l'autopsie d'un homme de 70 ans, mort de carcinome de l'estomac, il existait, avec une forte pigmentation des deux poumons que l'analyse chimique permettait d'attribuer avec toute certitude à un dépôt de charbon, une coloration noire tout à fait analogue du foie, de la rate et des reins. Le pigment était accumulé autour des vaisseaux, il n'avait provoqué aucune trace d'irritation de voisinage. L'absence de dépôts pigmentaires dans le cerveau et l'absence du fer dans les tissus où ils existaient sont, pour l'auteur, un motif d'exclure absolument la mélanémie. Il croit donc à une migration des particules charbonneuses des poumons vers le foie, la rate et les reins. G. HOMOLLE.

Les courbures vertébrales, leur nombre, leur siège, leur mécanisme et leur influence dans la formation des caractères anatomiques des déviations latérales de l'épine, par Jules GUÉRIN (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, 2e *série, tome VII*, n° 49).

Ce long mémoire peut se résumer par les conclusions suivantes :

1° La courbure commence où s'arrête la flexion de la colonne;

2° A défaut de limites précises entre le rayon de la flexion et le rayon de la courbure, il existe des caractères matériels propres à les faire distinguer. Ces caractères sont : *sur le vivant*, la persistance et la fixité des courbes soustraites à l'action verticale de la pesanteur et leur résistance aux tractions et efforts de redressement ; *sur le squelette*, la réduction ou l'affaissement vertical des parties comprises dans la concavité de la courbure et le développement proportionnel des parties de la convexité. Il existe en même temps un déplacement latéral des corps vertébraux ou une torsion de ces corps ;

3° Il n'existe pas de déviation à une seule courbure ; toujours il y en a deux, trois, quatre ou cinq, mais plus souvent trois ; la limite de chacune d'elles est marquée par le déplacement latéral des corps vertébraux; quelquefois même, une même vertèbre est le point de départ de deux courbures alternes ;

4° En vertu du déplacement initial des corps vertébraux résultant de la torsion de la colonne autour d'un arc passant par le sommet des apophyses épineuses, les courbures ne sont accusées que tardivement par la ligne de ces dernières, et, à toutes les périodes de leur développement, elles ne trahissent que partiellement leur nombre et même leur degré;

5° Les courbures de l'épine peuvent siéger dans toutes les parties de la colonne ; leur plus grande fréquence est dans la région dorsale moyenne, leur concavité tournée à droite ;

6° Le mécanisme des courbures vertébrales comprend toujours deux ordres de causes : les causes pathologiques et les causes statiques. Tout en conservant le caractère différentiel de leur origine, les premières se résolvent toutes dans les secondes, dont elles reçoivent leur complément nécessaire pour former les courbures alternes ;

7° En dehors et au delà de l'action statique de la verticalité du tronc et des actions complémentaires de la pesanteur et de la contraction musculaire pervertie, il existe des courbures multiples alternes qui procèdent d'un ordre ou plan préétabli dont les nécessités statiques ne seraient que des agents secondaires ;

8° La courbure, considérée comme élément de la déviation, lui fournit un ordre de caractères qui se résument dans l'amplification des parties correspondant à la convexité de la courbure, et dans la réduction des parties correspondant à sa concavité ; amplification et réduction relatives tout à la fois à l'espace qu'elles occupent et au volume des parties qu'elles comprennent.

GASTON DECAISNE.

Uterus bipartitus. Hernia utero-tubo-ovarialis sinistra congenita, par MASCHKA (*Prager Vierteljahrschr. für prakt. Heilk.*, *t. XXXV*, *p.* 21, 1878).

Il s'agit dans ce cas d'un arrêt de développement des canaux de Müller, imparfaitement réunis.

On trouve dans la littérature médicale plusieurs faits analogues : mais celui-ci présente les particularités suivantes : 1° absence presque complète de vagin ; 2° absence de toute cavité utérine ; 3° enclavement herniaire de la trompe, de l'ovaire et d'une des extrémités utérines. La hernie congénitale peut rendre compte des anomalies que présenta le rudiment utérin dans sa longueur et sa forme. L. D.-B.

Inclusion péritesticulaire, par Jules BŒCKEL. Rapport par VERNEUIL (*Soc. de chir., p.* 302, 1878).

M. Verneuil rapporte en détail le fait de M. J. Bœckel, et expose ensuite une observation inédite, qu'il a recueillie avec M. Léon Labbé, en 1858.

Il analyse ensuite tous les faits publiés depuis 1855, et qui sont au nombre de 9. Ces nouveaux faits doivent être ajoutés aux 10 observations qu'il avait publiées à cette époque (Verneuil, mémoire sur l'inclusion scrotale et testiculaire, *Arch. de méd.*, 1855). Puis il se demande dans quelle mesure la question se trouve éclairée aujourd'hui. Comme il y a 20 ans, il faut formuler les conclusions suivantes :

La tumeur se développe parfois dans les couches sous-cutanées du scrotum, en dehors de la glande séminale ; elle peut, dans d'autre cas, être primitivement étrangère au scrotum et se trouver en connexion intime avec le testicule avant sa descente. — L'indépendance absolue ou la fusion complète du testicule et de la tumeur peuvent se rencontrer, ainsi que toutes les dispositions intermédiaires. — L'inclusion est ordinairement extra-glandulaire, et les observations établissant que le sac fœtal peut siéger dans l'intérieur même de la glande séminale sont encore à produire.

M. Verneuil réfute les auteurs qui pensent avoir démontré l'inclusion intra-testiculaire ; il trouve dans ces faits une fusion par accolement, et non la preuve que le parasite ait occupé à un moment donné le centre de la glande génitale.

L'anatomie pathologique s'est enrichie. Autrefois, les vestiges d'organes trouvés dans ces tumeurs appartenaient presque exclusivement aux parties qui dérivent du feuillet externe du blastoderme ; depuis ce temps, des tronçons d'intestins ont été vus nettement par Verneuil et par Lang, qui a noté aussi la présence de quelques glandes muqueuses.

Dans la plupart des cas nouveaux on a pratiqué la castration, qu'à la rigueur on aurait pu remplacer par l'extirpation dans le fait de Bœckel. Geinitz seul a extirpé la tumeur en respectant le testicule ; mais il avait été précédé par Velpeau, et plusieurs tentatives avaient déjà été faites en dehors de la castration.

Après une discussion minutieuse des faits, M. Verneuil était arrivé à conclure autrefois que tous les cas connus jusqu'alors se rapportaient à la monstruosité par inclusion. Les faits nouveaux ne doivent pas faire changer d'avis ; il faut rejeter les noms de *kyste dermoïde*, *kysto-fibroïde congénital*, etc., et adopter provisoirement celui de *tératome*, proposé par Kocher. L. G. R.

Ueber einen innerhalb des Venensystems bis in das Herz gewucherten Hodentumor (D'une tumeur du testicule ayant pénétré à travers le système veineux jusque dans le cœur), par BREUS (*Wien. med. Wochenschr.*, n° 28, 1878).

W. H., 40 ans, serrurier, entra à l'hôpital le 17 août 1877. Depuis six semaines les enveloppes du testicule droit étaient douloureuses et gonflées : en même temps avait apparu la dyspnée et une forte douleur dans la moitié droite du corps. L'examen clinique révéla les faits suivants : tumeur dure, douloureuse du testicule droit. Râles disséminés dans les poumons. A la pointe du cœur souffle rude, surtout systolique. Puis on constata des vomissements, de l'ictère, et de l'œdème. La mort survint au bout d'un mois.

Autopsie. Plaques cyaniques sur le corps. Œdème des extrémités inférieures.

Dans les plèvres un demi-litre de sérosité brunâtre. Les poumons renferment plusieurs petites masses rougeâtres ; et, en outre, un volumineux infarctus hémorrhagique.

Dans l'oreillette gauche on trouve une néoproduction analogue aux végétions d'une *mola racemosa.* Elle passe à travers la valvule mitrale dans le ventricule dont elle occupe une grande partie.

Même disposition dans le cœur, où cette tumeur s'effile pour pénétrer dans la veine cave inférieure. De plus, par le foramen ovale, elle se continue directement avec les végétations trouvées dans le cœur gauche.

D'autre part le testicule et l'épididyme gauches sont refoulés par une tumeur du volume du poing, dure par places, creusée de nombreux kystes, qui remplace le testicule droit. Cette masse s'étend le long du canal spermatique, occupe le plexus pampiniforme, plonge dans la veine spermatique droite, la veine cave supérieure jusqu'au cœur droit.

Dans la veine cave, la tumeur a la forme d'un cordon large de 1 1/2 centimètre. Nulle part elle n'adhère aux parois vasculaires.

Ainsi la tumeur partie du testicule droit, s'est étendue par le système veineux jusqu'au cœur droit et de là a pénétré par le trou ovale dans le cœur gauche.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un cystomyxome.

Les éléments épithéliaux étaient par places disposés sous forme de canaux glandulaires, et en d'autres points tapissaient des espaces creux, à contours irréguliers. Partout, sauf dans le cœur, la tumeur était très sanguine; les noyaux pulmonaires présentaient la même constitution; ils étaient évidemment d'origine embolique. L. D-B.

Un cas d'extroversion de la vessie chez un enfant du sexe féminin ; dissection, par Fr.-Henry CHAMPNEYS (*St-Bartholom. hosp. Rep.*, *v. XIII*, *p.*81-107, 1877).

Après avoir décrit cette malformation observée sur l'enfant vivant, et après dissection (l'enfant a vécu 27 jours), l'auteur prend un à un les détails de son observation et en fait une étude comparée avec les faits similaires des observations publiées jusqu'à ce jour. Passant ensuite en revue les théories différentes émises par Breschet, Duncan, Marjolin, Fœrster, Velpeau, Benjamin Phillips, Chaussier, Creve, Roose, Meckel, Schneider, Ayres, Rose, Bartels, Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, Vrolik et Wood, ainsi que les objections dont chacune de ces théories est passible l'auteur termine son article en considérant cette malformation

comme un arrêt de développement de l'allantoïde. Comme l'allantoïde se développe par deux moitiés latérales qui se réunissent d'abord en arrière puis en avant, il peut y avoir plusieurs degrés dont quatre principaux :

1° Faiblesse de la paroi antérieure de l'abdomen. Hernie de la vessie ;

2° Fissure de l'abdomen, mais non de la vessie. Ectopie de la vessie ;

3° Extroversion de la vessie généralement avec un aspect plus ou moins bilobé ;

4° Séparation complète de la vessie en deux moitiés distinctes.

CH. P.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Ueber die Durchtrittstellen der Wanderzellen durch entzündete seröse Häute (Par où passent les leucocytes dans les séreuses enflammées), par J. ARNOLD (*Archiv für path. Anat. und Phys., t. LXXIV, p.* 245).

Si les faits annoncés dans ce mémoire se confirment, nous pourrons dorénavant observer directement et facilement le passage des leucocytes à travers les membranes. Pour arriver à ce but, dit Arnold, il fallait trouver une méthode qui permît de reconnaître le cément intercellulaire sans arrêter la circulation et sans détruire le pouvoir migrateur des cellules. De nombreuses expériences ont démontré que le résultat pouvait être obtenu par une irrigation préalable des tissus avec des solutions très faibles (1/000) de nitrate d'argent.

Les recherches doivent être faites sur le mésentère de la grenouille. « Ce procédé n'est pas nouveau au fond, mais tel qu'il est modifié il a l'avantage d'être accessible à tous ceux qui veulent se former par leur propre observation, une opinion sur ce point si discuté de la pathologie générale. »

La grenouille étant préparée comme d'ordinaire, on fait couler sur le mésentère étalé sous le microscope une solution de chlorure de sodium (0,75 0/0) aussi longtemps que la circulation n'est pas revenue à son état normal. Puis sans cesser l'irrigation on fait tomber quelques gouttes (1 à 2 cent. cubes) de la solution de nitrate d'argent. Si l'expérience réussit bien, on n'observe pas de lésions de la circulation, ou du moins les changements sont très transitoires ; un dépôt très apparent et très régulier de chlorure d'argent dessine le pourtour endothélial. On plonge la lentille dans le liquide irrigateur.

Au bout de 2 à 3 heures les lignes noires et étroites deviennent plus larges, plus pâles, plus irrégulières. Finalement on ne voit plus que des lignes assez larges, incolores, remplies d'une substance granuleuse. Cette disparition de l'argent est due sans doute à l'action physique du liquide nourricier et non à celle de l'irrigation, car lorsque la circulation ne se fait pas on a beau arroser, le dessin ne disparaît pas. Du reste si l'on ajoute à ce moment précis quelques gouttes d'une solution au 2 ou 3000 de nitrate d'argent, on constate que les changements du ciment intercellulaire sont réels, et que les membranes ont le même aspect que lorsqu'elles ont été enflammées.

Pendant ces trois premières heures les leucocytes voyagent de-ci de-là dans les tissus. On s'aperçoit facilement que le passage à travers les membranes ne s'effectue que lorsque les transformations décrites ci-dessus sont terminées, c'est-à-dire 4 heures environ après le début de l'expérience. Jamais du reste, les leucocytes ne passent à travers le corps des cellules endothéliales.

On portera son attention de préférence vers les points du mésentère qui bordent les veinules ou vers les gaînes adventices des grosses veines. Là les leucocytes se présentent de profil et l'observation est plus facile. « On voit les leucocytes planter leurs fins prolongements dans les espaces intercellulaires et ces prolongements pointus émerger comme des fils très fins à la surface. Bientôt ces fils grossissent deviennent globuleux, pendant que la masse de la cellule restée dans le tissu diminue de volume. »

Finalement le leucocyte tout entier est à la superficie, fixé seulement par un de ses prolongements, agité pendant quelque temps encore de mouvement de va-et-vient, puis enfin libre et disparaissant du champ d'observation. — Pour ce passage, Arnold calcule qu'il faut environ 20 minutes. Une planche en reproduit les principales phases.

Dans une première série d'expériences, l'auteur étudiait le passage des leucocytes sur des membranes enlevées à différents moments de l'expérience : il va sans dire que le résultat est le même mais que leur importance est beaucoup moindre.

Nous rappelerons que M. G. Hayem était arrivé à un résultat analogue en injectant dans les vaisseaux des membranes irritées de la grenouille une solution de nitrate d'argent. (*Comptes rendus de la Soc. de biologie* p. 343, 1869.) C. Z.

I. — Ueber Wesen und Behandlung des Fiebers (Nature et traitement de la fièvre), par BUSS (*Stuttgart*, 1878).

II. — Ueber die Grösse der Kohlensäureausscheidung im Fieber (Excrétion de l'acide carbonique pendant la fièvre), par LEYDEN et FRÄNKEL (*Centralbl. f. d. medicin. Wissench.*, p. 706, 1878).

I. — L'auteur s'efforce de démontrer tout d'abord que la chaleur produite par le système musculaire de la vie de relation est assez considérable pour faire négliger, sans erreur importante, celle que produisent tous les autres organes ensemble. Comme le sommeil n'interrompt pas

ce développement de chaleur ; c'est dans l'activité nutritive du muscle au repos, bien différente de l'état des muscles paralysés, qu'il en faut chercher l'origine. Cette activité s'exagère dans la fièvre; mais il ne suffit pas pour qu'il y ait fièvre que la production de calorique augmente, il faut que la distribution régulière en soit modifiée. Pour démontrer le fait, l'auteur a recherché ce que devient l'exhalation de l'acide carbonique chez les fébricitants dont on abaisse la température au moyen de l'acide salicylique, de l'acide crésotique et de la quinine.

Il a vu l'exhalation d'acide carbonique rester sensiblement constante après l'administration de fortes doses (6 grammes) de salicylate et de crésotate de soude, et diminuer au contraire d'une façon notable, avant l'abaissement de la chaleur fébrile, chez les sujets qui avaient pris du sulfate de quinine à haute dose (1 gr. 50 à 3,50).

La loi régulatrice de la température consiste à l'état normal, en ce que le froid provoque une excitation des extrémités nerveuses et une contraction des vaisseaux ; le degré de cette contraction et la déperdition de calorique dépendent du reste non seulement des influences extérieures, mais au moins autant de la chaleur des parties profondes du corps.

Sous l'influence du froid les vaisseaux se contractent, le calorique est retenu et la nutrition des muscles s'exagère jusqu'à ce que, sous l'influence de la chaleur interne, la contraction cesse.

La fièvre serait, dans l'hypothèse de l'auteur (et il repète à ce sujet les assertions de Senator sans le citer), essentiellement constituée par un trouble dans la déperdition du calorique. Ce désordre devrait être attribué à la présence, dans l'organisme, d'agents irritants qui détermineraient la contraction des vaisseaux périphériques et l'augmentation absolue de la chaleur en raison même de la déperdition diminuée. Avant le retour à l'état normal se produirait un stade relativement court durant lequel les pertes de calorique seraient exagérées.

L'élévation de la température qu'on observe dans le tétanos ne doit pas être assimilée à celle de l'état fébrile, parce qu'elle résulte d'une véritable augmentation dans la production de chaleur.

II. — Les expériences ont été faites sur des chiens à jeun dans un appareil construit sur le modèle de celui de Petenkoffer. L'excrétion d'acide carbonique était appréciée pendant plusieurs jours, dans les conditions normales de la chaleur animale ; puis on provoquait un mouvement fébrile par l'injection sous-cutanée de pus de bonne nature; sous cette influence, se produisait une élévation de température de 2° à 3°,5.

Sans exception l'excrétion de l'acide carbonique a subi, chez les chiens sous l'influence de l'hyperthermie fébrile, un accroissement notable qui, suivant les cas, a varié entre 80 0/0 dans une seule expérience, 30 à 40 0/0 dans quatre autres observations, et 10 à 20 0/0 seulement pour deux chiens chez qui la fièvre est restée très modérée. G. HOMOLLE.

Ueber die Veränderung des Markes der langen Röhrenknochen bei experimentell erregter Entzündung eines derselben (Sur l'altération de la moelle observée dans les divers os longs lorsqu'on détermine expérimentalement l'inflammation de l'un d'entr'eux), par F. BUSCH (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 13 *p.* 173, 1 *avril* 1878).

Dans le cours de ses recherches sur l'inflammation expérimentale des os, l'auteur a été frappé dans quelques cas, de voir les lésions au lieu de se borner à l'os irrité, se retrouver dans le tissu médullaire de tous les os longs, sous la forme suivante :

La moelle jaune normale des os longs de chiens adultes, était hyperémiée et avait perdu une partie de sa graisse; à un degré plus intense, elle se trouvait convertie en moelle lymphoïde.

Les altérations atteignaient leur développement maximum, lorsque la cautérisation galvanique de la cavité médullaire, l'introduction de laminaire, d'huile de croton ou de matières septiques, avaient agi assez énergiquement pour entraîner une suppuration à laquelle l'animal succombait dans le cours du premier septénaire.

Quand le chien survivait à cette période de violente réaction, Busch le sacrifiait vers la fin de la sixième ou de la huitième semaine, et trouvait alors que le tissu médullaire des os longs, avait repris un aspect normal.

Tous les os longs ne présentaient pas cette transformation morbide de leur moelle au même degré; les plus gravement altérés étaient ceux qui conservent le plus longtemps leur ligne épiphysaire, soit l'humérus et le fémur à peu près sur le même rang, puis à une grande distance en arrière, le tibia, le radius et le cubitus.

Au microscope, la moelle dégénérée offrait comme caractères :

Au degré le plus élevé, une disparition complète de la graisse et une liquéfaction absolue du tissu; on ne distinguait aucune trace de vaisseaux sanguins sur les fragments médullaires isolés. Tout le champ du microscope était rempli de cellules incolores rondes ou anguleuses avec un gros noyau pâle; entre ces cellules pâles se voyaient en nombre à peu près égal, des globules rouges normaux; les globules rouges à noyaux étaient l'exception. Lorsque la lésion était moins avancée, la proportion de graisse augmentait en même temps que les cellules granuleuses pâles diminuaient de plus en plus.

Busch n'a pas recherché si cette altération médullaire coïncidait avec une augmentation des globules blancs du sang. J. B.

Ueber entzündliche Vorgänge an der Röhrenknochen der Saügethiere (De l'inflammation des os longs chez les mammifères), par L. REDTENBACHER (*Mediz. Jahrbücher*, *Heft* 3, 1878).

Pour étudier dans les os longs enflammés les modifications de la substance fondamentale, l'auteur a introduit dans la diaphyse du tibia, chez de jeunes chiens, des tiges de bois trempées dans de l'ammoniaque. Il sacrifiait les animaux au bout de 5, 10 ou 15 jours. Après avoir décal-

cifié les os avec un mélange de 1 0/0 d'acide chlorhydrique, 5 0/0 d'acide chromique et 15 0/0 de sel de cuisine, il les faisait durcir dans l'alcool. Les coupes lavées dans l'eau distillée étaient traitées par le picro-carmin ou le carmin ammoniacal et la glycérine pure.

Au-dessous du périoste, l'auteur constate la présence du dépôt osseux qui se distingue de l'os ancien par l'absence de lamelles, l'irrégularité des corpuscules qui sont du reste très développés, et l'affinité spéciale pour les matières colorantes.

L'os ancien se détruit de deux façons, et la destruction peut s'étendre au dépôt périostique si l'on attend assez longtemps. C'est d'abord la résorption du tissu osseux : quand l'inflammation n'a duré que quelques jours, l'auteur observe les lacunes d'Howship, mais elle ne contiennent pas toujours les cellules géantes que Maas y a vues d'une façon constante. Plus tard, au lieu de lacunes, on peut voir de grands espaces de résorption remplis de cellules médullaires et sur lesquels viennent saillir des promontoires de tissu osseux. Ceux-ci ont une sorte de tissu de revêtement épithélial composé d'ostéoblastes, ce qui semblerait indiquer un processus régénératif. Mais il suffit de regarder les corpuscules augmentés de volume et les îlots de substance fondamentale circonscrits par leurs prolongements épaissis, pour se persuader qu'au contraire cette apparence résulte de la mise en liberté des éléments cellulaires de l'os.

La seconde forme de destruction consiste dans la dégénérescence fibrillaire de la substance fondamentale. L'auteur l'a observée au bout de 15 jours d'inflammation. Sans affirmer qu'il s'agisse ici de la réapparition des éléments primitifs de la substance fondamentale plutôt que d'une reformation, il incline cependant vers la première hypothèse.

L'aspect varie suivant les points que l'on considère : dans les os anciens, on voit autour des canaux de Havers un certain nombre de lamelles devenues fibrillaires mêlées à des lamelles restées normales, ou bien un groupe entier de lamelles a été remplacé par un faisceau de fibrilles ; les corpuscules osseux ne sont pas modifiés. Dans le dépôt périostique les éléments cellulaires ont notablement augmenté de volume, et dans la substance fondamentale les fibrilles s'entre-croisent en directions variées.

L. GALLIARD.

Experimentelle und anatomische Untersuchungen ueber Erysipelas, par TILLMANNS, et discussion consécutive sur la jugulation de l'érysipèle par les injections phéniquées : HUETER, Max WOLFF, LANGE, STRAHLER. VIIe congrès de la Société allemande de chirurgie, 12 avril 1878) (*Berlin. klin. Wochens. n° 21, p.* 309, 27 *mai* 1878).

Tillmanns a fait, sur des chiens et des lapins, une quarantaine d'expériences dans le but d'étudier 1° la transmissibilité de l'érysipèle, de l'homme aux animaux, de l'homme malade à l'homme sain ; 2° les effets de l'acide phénique sur la matière infectieuse ; 3° enfin, le rôle que joue la simple irritation chez un animal sain.

Il a opéré par inoculations et par injections sous-cutanées, soit du contenu des vésicules érysipélateuses, soit du pus des abcès consécutifs.

Deux fois seulement, et en employant des quantités considérables de liquide d'injection, il a réussi à provoquer un érysipèle ambulant ou récidivant.

L'inoculation du sang des deux animaux ainsi infectés n'a déterminé qu'un seul cas d'érysipèle qui a disparu en peu de jours.

L'acide phénique a annulé l'action des matières injectées.

Sauf peut-être dans un cas, la dessication du contenu des vésicules a agi de la même façon que l'acide phénique.

L'injection du pus provenant d'abcès et celle du liquide putride n'ont produit aucun érysipèle.

Dans les portions de téguments rendues érysipélateuses, on ne trouve en général aucune bactérie, de sorte que Tillmanns regarde comme accidentelle la présence de ces organismes.

Hueter se loue beaucoup de l'emploi des injections phéniquées, qui, pratiquées à temps sous la peau, avant que la rougeur ait atteint les dimensions des deux mains réussissent à couper l'érysipèle. Il règle le dosage de ces injections de la façon suivante : pour un érysipèle grand comme la moitié d'une carte à jouer, injection de 1 gramme d'une solution phéniquée à 3 0/0, additionnée de 3 0/0 d'alcool. Jusqu'ici il n'a jamais dépassé la dose de 12 grammes. — Max *Wolff* en 1869, à la clinique de Rostock, vit se développer parmi les malades une série d'érysipèles causés par une tache desséchée de la table d'opérations. Ayant fait un extrait aqueux de cette tache, il obtint un érysipèle chez 3 lapins qui furent injectés avec ce liquide. En revanche, en 1872, il n'obtint que des résultats négatifs, soit en inoculant à des cochons d'Inde le contenu d'un abcès érysipélateux riche en micrococcus, soit en inoculant à d'autres animaux le contenu des abcès locaux déterminés chez les cochons d'Inde, bien que ce fluide eût été cultivé dans le liquide de Pasteur.

Dans un but curatif, il a tenté infructueusement de transmettre des érysipèles à des malades atteints d'ulcères de jambes inguérissables. Aussi se rallie-t-il à l'opinion de Tillmanns que la pathogénie de l'érysipèle n'est pas encore connue.

Lange, qui a eu lui-même 9 érysipèles sur la moitié gauche du corps, s'est trouvé le mieux soulagé par des applications de teinture de benjoin composée. Il a été frappé du fait que bien que toutes les fois les érysipèles aient débuté par le front, c'était au bras que l'affection était la plus développée.

Strahler a observé il y a 2 ans une épidémie de 25 érysipèles vaccinaux dont 4 furent suivis de mort ; il s'agissait là d'une transmission directe. J. B.

Note sur les modifications survenant dans la forme des cellules fixes du tissu conjonctif lâche à la suite de l'œdème artificiel, par J. RENAUT (*Gaz. méd. de Paris*, n° 4, 1879).

Lorsque l'on injecte dans le tissu cellulaire lâche, un liquide neutre (eau salée, sérum iodé, picro-carminate d'ammoniaque), qui ne fixe pas dans leur forme les éléments anatomiques, ce liquide développe les mailles connectives et rompt le réseau des cellules fixes ; ces dernières,

mises en liberté, reviennent sur elles-mêmes pour ainsi dire en s'écrasant ; elles se montrent alors non plus comme des masses hyalines munies de prolongements latéraux translucides, mais comme des masses granuleuses, semées de vacuoles réfringentes, et ne possédant plus aucune forme définie. Cette modification se produit également dans l'œdème spontané; elle résulte, dans l'un et l'autre cas, non d'une altération de nutrition consécutive à l'irruption du liquide, mais d'une action purement mécanique que la sérosité épanchée exerce sur les éléments cellulaires. TROISIER.

Ueber embolische Necrosen, par W. KOCH. VIIe congrès de la Société allemande de chirurgie, 14 avril 1878 (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 23, *p.* 340, 10 *juin* 1878).

Les ligatures de l'artère nourricière du tibia ainsi que l'introduction dans cette artère de masses propres à obturer partiellement ses branches de premier et de deuxième ordre, montrent que ce vaisseau ne doit être considéré ni en réalité ni au point de vue fonctionnel comme une artère terminale au sens que Cohnheim attache à cette expression, car ces opérations n'entraînent ni infarctus hémorrhagique, ni lésions nutritives de la moelle.

Néanmoins les embolies de l'artère nourricière déterminent la nécrose de l'os et du tissu médullaire dans les conditions suivantes :

1° Lorsque ces embolies sont septiques ;

2° Lorsqu'il y a oblitération de districts considérables de capillaires.

Dans ce dernier cas, on voit survenir soit une suppuration de la moelle avec toutes ses conséquences, soit, quand l'embolie est moins étendue, une inflammation nécrosique, qui, débutant par l'extrémité malléolaire du tibia, se répand consécutivement dans tout le pourtour de la cavité médullaire de façon à se terminer pour l'ordinaire par une nécrose totale au moins de la diaphyse.

Koch estime que la suspension de la circulation dans le tronc artériel nourricier n'exerce aucune influence sur la production des pseudarthroses. J. B.

Ueber die Herkunft der Zellen bei der diffusen interstitiellen Nieren und Leberentzundung (Origine des cellules dans la néphrite et l'hépatite interstitielles), par AUFRECHT (*Centralbl. f. die medicin. Wissensch.*, *p.* 625, 1878).

La constation bien faite, dans certaines expériences, de l'issue des globules blancs du sang comme agent exclusif du processus inflammatoire, ne permet pas d'affirmer que, dans toute inflammation légitime avec prolifération cellulaire, les éléments nouveaux soient nécessairement des globules blancs. Aufrecht étudie à ce point de vue la néphrite et l'hépatite interstitielles.

La première est provoquée par la ligature de l'artère ; dès le sixième jour, le tissu interstitiel est notablement augmenté de volume par l'apparition de nombreuses cellules renfermant un noyau rond ou ovale avec un amas volumineux de protoplasma. Jamais l'auteur n'a vu, du sixième

au vingt-troisième jour, et même avant le sixième jour, une cellule qui ressemblât à un globule blanc du sang. Il a remarqué d'ailleurs que, dans les premiers stades de l'inflammation, les cellules sont volumineuses avec de gros noyaux, tandis que, plus tard, elles sont petites et les noyaux également petits.

L'hépatite interstitielle peut être provoquée expérimentalement par des injections sous-cutanées d'huile phosphorée à la dose de 25 centigrammes, correspondant à 3 milligrammes de phosphore, répétées chaque semaine jusqu'à la mort. Quand les lapins ne succombent pas dès le début à l'hépatite parenchymateuse, il se produit une inflammation interstitielle franche caractérisée par une accumulation de cellules à gros noyaux; lorsque la mort survient tardivement (au bout de neuf semaines seulement dans un cas), les éléments cellulaires sont beaucoup plus petits.

Aufrecht cite, en outre, un cas de néphrite suppurative développée consécutivement à une cystite et à une pyélite diphthéritiques. Le rein, augmenté de volume, présentait, dans ses deux substances, de nombreux points jaunâtres et de petits foyers qui contenaient du pus liquide.

Les tubes étaient remplis de cellules épithéliales tuméfiées, renfermant des granulations et des gouttelettes graisseuses.

Les espaces interstitiels étaient élargis par l'accumulation de grosses cellules à gros noyaux, dont le protoplasma renfermait des granulations graisseuses, et qui n'avaient aucune ressemblance avec des leucocytes, mais présentaient les caractères des éléments de la néphrite interstitielle franche. Les foyers punctiformes, au contraire, étaient formés par des amas de petites cellules en tout semblables à des globules blancs; ils se distinguaient des abcès voisins par ce seul caractère que leurs éléments étaient plongés dans un réseau fibrineux.

Cette disposition des cellules au milieu d'un réticulum de fibrine a été retrouvée par l'auteur dans des plaies en voie de cicatrisation, dans la pneumonie arrivée à la période d'hépatisation grise, dans les membranes du croup, enfin, dans les périodes initiales de la tuberculose miliaire. On pourrait donc trouver là un critérium pour l'appréciation de l'origine des cellules. Jamais le réticulum ne s'est montré dans la néphrite ni dans l'hépatite interstitielles, même alors que les cellules étaient accumulées en très grande abondance, soit qu'on étudiât les lésions chez l'homme ou chez les animaux.

Enfin, il convient d'ajouter que jamais la néphrite ni l'hépatite interstitielles n'arrivent à la suppuration qui appartient en propre aux globules blancs.

On peut donc conclure que les éléments accumulés entre les canalicules du rein et dans les capsules de Malpighi ou dans l'intervalle des cellules du foie n'ont rien de commun avec les globules blancs du sang, et doivent dériver des cellules préexistant dans les points même où la prolifération se produit (Voy. *R. S. M.*, XII, 528). G. HOMOLLE.

Ueber die Entstehung des Bronchialathmens (Sur la formation de la respiration bronchique), par AUFRECHT (*D. Arch. f. kl. Med., p.* 326, 1877).

Le souffle bronchique apparaît toutes les fois que, dans les canaux aériens, l'air passe d'une partie resserrée dans une autre plus large. A l'état normal, ce passage de l'air d'une section de canal étroite dans une autre plus large ne se produit qu'au niveau de la glotte. Anormalement, cette condition est créée par la compression d'une bronche, lorsque celle-ci ne dépasse pas des limites moyennes, difficiles du reste à préciser. Si à l'état normal, on ne peut entendre la respiration bronchique au-dessus de la trachée, ou même pas au-dessus du poumon, la raison est que le déplacement d'air produit par la respiration rend impossible la formation d'ondes sonores dans l'intérieur du conduit qui renferme cette colonne d'air.

Quant au souffle bronchique qu'on entend au niveau des hépatisations, infiltrations pulmonaires, cavernes, il se produit essentiellement de la façon suivante : Des ondes sonores se forment dans l'air stagnant de ces régions, par suite de l'entrée de l'air qui, arrivant des parties saines du poumon, se précipite dans les bronches correspondant aux portions hépatisées; il en est de même des ramuscules bronchiques ouverts dans les cavernes. P. OULMONT.

L'influence du spasme bronchique sur la respiration, par Mac GILLAVRY (*Arch. néerland. des sc. natur., XII, n°* 5).

Les expériences de l'auteur font suite à des recherches antécédentes de Gerlach qui étaient relatives à l'action du nerf vague sur les muscles des poumons, et qui avaient en particulier fait reconnaître une augmentation de pression (peu considérable à la vérité), de l'air contenu dans les poumons sous l'influence de la contraction de ces muscles.

Pour apprécier l'obstacle que le spasme bronchique peut opposer à la respiration, l'auteur met la trachée en communication avec un grand flacon et fait une ponction avec une grosse aiguille à la surface du poumon; il chasse alors, au moyen d'un courant d'eau, l'air du flacon dans le poumon, et mesure, à l'aide d'un manomètre, la pression sous laquelle l'air s'échappe. Excitant alors le bout périphérique des deux ou d'un seul des nerfs vagues, il constate qu'une résistance s'est produite à l'écoulement de l'air. Malgré des difficultés d'exécution qui compliquent l'expérience, l'auteur a pu estimer l'obstacle opposé par le spasme bronchique par l'augmentation de la tension de l'air dans son appareil; cette augmentation s'est élevée à 52 millimètres d'eau ou 4 millimètres de mercure. G. HOMOLLE.

Ursprung und Bedeutung des Kniephaenomens und verwandter Erscheinungen (Origine et signification du phénomène du genou et des manifestations de même nature), par TSCHIRJEW (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank. B. VIII, Heft 3, p. 689, 1878, et Berlin. klin. Wochenschrift, n° 17, p. 240, 29 avril 1878*).

D'expériences qu'il a instituées chez des lapins d'une part, et d'autre part chez deux malades atteints l'un de paralysie spinale spasmodique, l'autre de paraplégie, l'auteur se croit autorisé à conclure que la contraction brusque du triceps crural avec soulèvement de la jambe, provoquée par la percussion du ligament rotulien et connue sous le nom de *phénomène du genou* n'est pas une contraction musculaire idiopathique, naissant sur place. Il s'agit là d'un phénomène réflexe qui a son point de départ dans une irritation du tissu musculaire lui-même ou de la portion du tendon qui avoisine le lieu d'insertion des fibres musculaires. Des recherches récentes de Sachs ont démontré l'existence dans les tendons de ramifications nerveuses.

La section du nerf sciatique est suivie d'une exagération du phénomène du genou ; au contraire, après la section du nerf crural, le phénomène cesse de se produire. De plus ce dernier résultat s'obtient également lorsqu'on sectionne la moelle au-dessous de la naissance de la sixième paire lombaire. On peut donc dire que l'irritation qui donne naissance au réflexe connu sous le nom de phénomène du genou est transmise à la moelle par les fibres nerveuses comprises dans l'épaisseur du nerf crural et qui constituent à un niveau plus élevé la sixième paire lombaire ; que le centre qui tient ce réflexé sous sa dépendance est situé, chez le lapin, dans la portion de la moelle qui correspond à l'union des cinquième et sixième vertèbres lombaires, au niveau de l'émergence des nerfs qui constituent la sixième paire du même nom. (D'après Heule la sixième paire lombaire du lapin correspond chez l'homme aux troisième et quatrième racines du plexus crural.) Il suffit d'ailleurs de soulever le nerf crural à l'aide d'un fil, pour rendre inefficace la percussion du ligament rotulien ce qui prouve qu'une diminution tant soit peu notable de l'excitabilité du nerf en question entraîne la suppression du phénomène du genou.

Il semble donc avéré que le triceps crural est relié aux centres réflexes de la moelle non seulement par des fibres motrices centrifuges, mais encore par des fibres nerveuses à transmission centripète qui vont se ramifier dans la portion du tendon qui avoisine le lieu d'implantation des fibres musculaires. Comme d'ailleurs la contraction réflexe qui constitue le phénomène du genou s'observe également dans les autres muscles du squelette qui présentent une situation et une direction convenables, on peut généraliser la formule précédente et dire : Tout muscle de l'organisme animal forme, avec le centre réflexe sous la dépendance immédiate duquel il se trouve placé, un système fermé et en quelque sorte indépendant, relié qu'il est à ce centre non seulement par des fibres motrices, mais aussi par des fibres à transmission centripète qui ont leur leur origine dans son extrémité tendineuse. Ces connexions des muscles avec les centres réflexes étant admises, elles peuvent servir à donner une

explication plausible de la propriété des muscles désignés du nom de *tonus*, de tonicité. Celle-ci résiderait dans une contraction réflexe permanente du muscle ayant son point de départ dans une tension, un tiraillement continu de son extrémité tendineuse. Le mécanisme de ce réflexe serait le même que celui qui a été invoqué pour le phénomène du genou.

Quant à la signification pathologique du phénomène du genou, ce phénomène peut faire défaut alors qu'une portion très limitée seulement de la moelle se trouve être lésée. Quand l'abolition du phénomène en question s'observe chez un ataxique, on peut en conclure que la dégénérescense des cordons postérieurs a envahi la moelle jusque dans la portion lombaire. Par contre, la persistance du phénomène n'exclut nullement la possibilité d'une altération des autres régions de la moelle.

L'exagération du phénomène du genou, qu'on observe par exemple dans les cas de paralysie spinale spasmodique, parle en faveur d'une parésie des muscles fléchisseurs de la jambe, autrement dit d'une parésie des muscles antagonistes de ceux qui déterminent le soulèvement exagéré de la jambe, quand on percute le ligament rotulien.

E. RICKLIN.

Die Beschleunigung der Nervendegeneration (L'accélération de la dégénérescence nerveuse), par GUBOWITSCH (*Zeitschr. f. Biol., XIII Bd, 1 Heft, p.*119).

Gubowitsch a étudié les conséquences anatomiques et physiologiques de la dessication d'un nerf non sectionné.

A cet effet, il met à nu une certaine étendue du nerf sciatique, le soulève au-dessus des téguments de manière à le soumettre à un courant d'air.

Dans ces conditions, les contractures se produisent moins souvent et moins vite que lorsque les nerfs sont détachés du corps avec les muscles qu'ils animent.

L'excitabilité nerveuse, d'abord accrue, diminue rapidement pour disparaître complètement.

Si, la dessiccation opérée dans un temps qui varie de 18 à 102 minutes, on replace le nerf dans sa position normale et qu'on recouse la peau au-dessus de lui, on constate sur les membres inférieurs des altérations de la sensibilité et de la motilité ; mais la sensibilité est toujours plus modifiée que la motilité. Quelquefois la circulation est ralentie.

Pendant la dessication le nerf s'amincit, prend une teinte grisâtre, perd de son élasticité. Les altérations microscopiques sont profondes. On voit se former dans la moelle des étranglements qui, devenant de plus en plus profonds, finissent par la diviser en segments distincts ; puis survient une désintégration moléculaire. La gaîne ne renferme plus, lorsque la moelle a disparu, que le cylindre-axe qui s'altère plus lentement.

Gubowitsch a décrit ces lésions depuis le moment de la dessication jusqu'à des époques très éloignées du moment de l'expérience (18 jours). Selon que la période de dessication est longue (40 à 80 minutes) ou courte (18 minutes), les diverses altérations du nerf présentent des différences considérables. Au 3e jour déjà les lésions sont profondes. Du reste toutes ces recherches, faites sur la grenouille, conduisent à des résultats analogues à ceux obtenus par la section des nerfs. L. D-B.

Die Bildung und Resorption des Knochengewebes, und das Wesen der rachitischen Knochenerweichung (Formation et résorption du tissu osseux et nature du ramollissement rachitique), par KASSOWITZ (*Centralbl. f. die medicin. Wissenschaft.*, n° 44, 1878).

Après avoir indiqué les phénomènes principaux de l'ossification du cartilage et du périoste, l'auteur étudie la résorption du tissu osseux et recherche quelle est la cause de la disposition lacunaire qu'on observe dans le ramollissement des os. La limite et la surface des portions ramollies présentent en effet des séries de dépressions ou de saillies curvilignes qui n'ont aucun rapport avec la structure du tissu osseux proprement dit, puisqu'on les observe également sur le cartilage calcifié, sur l'ivoire dentaire. C'est sans doute le courant des sucs nutritifs (Saftstrom), qui doit donner la raison d'une pareille disposition ; toute lacune un peu large a pour centre un capillaire autour duquel les travées osseuses érodées sont groupées à distance égale ; dans les lacunes plus petites, une masse protoplasmique à plusieurs noyaux remplace le vaisseau. Ce mouvement de dénutrition produit la dissolution des sels calcaires et le ramollissement des fibrilles de matière collagène, en même temps que de grosses masses de protoplasma granuleux prennent la place du tissu ramolli.

Dans un os en voie de formation, la calcification et le développement de la substance fibrillaire sont entravés de même par les courants auxquels les vaisseaux donnent naissance ; l'os ne se forme jamais qu'à une certaine distance d'un capillaire et les systèmes de lamelles se constituent autour d'un vaisseau qui diminue lentement d'importance. Or, dans le rachitisme, la vascularisation des os est excessive, le cartilage et le périchondre, les espaces médullaires et le périoste renferment des vaisseaux en très grand nombre et, pour la plupart énormément dilatés. Les conséquences sont, dans le cartilage, l'insuffisance ou le défaut de la calcification qui cesse brusquement à quelque distance des canaux sanguins ou du périoste très vasculaire, et en même temps, par suite de l'afflux exagéré des sucs nutritifs, la prolifération du cartilage lui-même dont la consistance diminue. L'os ancien se ramollit au voisinage des vaisseaux de néoformation qui se développent dans les espaces médullaires ; tout au moins la calcification est-elle arrêtée, ou entravée.

La condition pathogénique du ramollissement rachitique des os consiste donc en ce fait qu'une hyperémie et une formation anormalement active de vaisseaux dans le cartilage d'ossification et dans l'os en voie de développement s'opposent au dépôt régulier des sels calcaires.

Pour reproduire autant que possible les conditions précédentes, l'auteur coupe le sciatique sur de jeunes lapins en pleine période d'accroissement avec la pensée que la dilatation vasculaire paralytique produira des effets semblables à ceux du rachitisme. Après plusieurs semaines, les os du côté opéré ont une densité moindre; leur diaphyse est plus flexible, enfin ils ont augmenté de longueur d'une façon modérée mais non douteuse. Il manque d'ailleurs, dans les expériences, un élément important, c'est la néoformation vasculaire qui, dans le rachitisme, contribue à la résorption de l'os à mesure qu'il se développe. G. HOMOLLE.

Physiologie de l'intestin, par LEVEN (*Soc. de Biol.*, 8 *juin* 1878).

La voie suivie par les physiologistes dans l'étude de cette question n'a pas été jusqu'ici très féconde, les expérimentateurs faisant subir à l'intestin des lésions graves qui devaient altérer les excrétions et les sécrétions de l'organe. L'auteur a pensé qu'il ne fallait pas martyriser l'animal, mais observer comment l'intestin se comporte vis-à-vis des substances médicamenteuses, comment il répond à leur action, et se rendre compte ainsi, par voie indirecte, des propriétés physiologiques de l'organe.

Il a étudié les trois classes de substances dites purgatives, les dialytiques, les mécaniques et les drastiques. Il rejette l'expression de mécanique ; ce ne sont pas les glandes qui, excitées mécaniquement au passage des médicaments, produisent les liquides observés, ce sont les capillaires de l'intestin.

Le purgatif salin ne produit qu'une excrétion de certains éléments du sang, et fait sortir l'eau et le chlorure de sodium en grande quantité.

Les purgatifs dits mécaniques (huile de ricin) font excréter, outre l'eau et le sel marin, une assez grande quantité d'albumine. Le charbon, classé généralement près de l'huile de ricin, n'a aucune action.

Enfin, dans le troisième groupe, les drastiques appellent dans l'intestin l'eau, le sel marin, l'albumine, les leucocytes. L. G. R.

Untersuchungen und Versuchen mit vergrabenen Milzbrandcadavern (Recherches expérimentales sur les cadavres d'animaux morts du charbon et enterrés, par FESER (*Deutsch. Zeitsch. f. Thiermed u. vergleich. Pathol.*, *IV*, 23-51; *Centralbl. f. Chir.*, *p.* 34, 1878).

Le cadavre d'un animal mort du charbon, une fois enterré, peut-il, comme on l'a prétendu, conserver dans le sol, à l'état latent, les germes de la maladie ? Pour résoudre cette question, Feser a, dans deux séries d'expériences, fait des inoculations avec des détritus de pareils cadavres ou avec l'humus environnant, et dans aucun cas, l'animal inoculé (cheval, bœuf, mouton, chèvre, lapin, rat) n'a contracté le charbon. La durée de l'inhumation avait varié entre 4 jours et un an. La putréfaction dans le sol, comme celle à l'air libre, amène donc la destruction des bactéries charbonneuses. Celles-ci résistent par contre à la congélation, sans putréfaction. H. THORENS.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Antagonistische und antidotarische Studien (Études sur les antagonistes et les antidotes), par HUSEMANN (*Archiv für experim. Pathologie und Pharmakologie, Bd IX, Heft 5 et 6, p.* 414, 1878).

Dans le travail que nous analysons, Husemann rend compte des résultats qu'il a obtenus en administrant à des lapins l'hydrate de chloral comme antidote d'un certain nombre de poisons : tels que la thébaïne, la codéine, la brucine, la calabarine, le chlorure de baryum, l'acide phénique. Voici les conclusions de ces recherches :

L'hydrate de chloral agit comme antidote de la strychnine et de son principe actif la brucine, et diminue les manifestations convulsives provoquées par l'administration de ces deux toxiques. Le chloral combat également les contractions tétaniques et l'anesthésie symptomatique de l'empoisonnement par la thébaïne.

Le chloral, à doses non mortelles, fait cesser les convulsions symptomatiques de l'empoisonnement par le chlorure d'ammonium, ce qui n'empêche pas les animaux de succomber. Dans ce cas la, mort est sans doute le résultat de la somme des actions paralysantes que les deux substances exercent sur le centre respiratoire, car elle est plus prompte à survenir que dans les cas où les animaux sont empoisonnés par des doses toxiques de chloral ou de chlorure d'ammonium administrés isolément.

Les effets antagonistes du chloral administré comme antidote des poisons convulsivants du cerveau varient d'intensité. Ils sont beaucoup plus prononcés contre la picrotoxine que contre la codéine.

Une dose déterminée de chloral peut neutraliser l'action délétère d'une dose mortelle *équivalente* de codéine en faisant cesser, en partie du moins, les manifestations convulsives dues à l'ingestion de cette dernière substance ; mais elle sera impuissante contre une dose *double* de codéine.

L'action antagoniste du chloral est la même dans l'empoisonnement par la calabarine et dans l'empoisonnement par la codéine.

Les symptômes de l'empoisonnement par le chlorure de baryum ne sont pas combattus d'une façon notable par le chloral ; l'administration du chloral dans tous les cas n'empêche pas les animaux de succomber à cet empoisonnement.

L'administration simultanée d'une dose mortelle d'acide phénique et d'une dose moindre de chloral engendre chez les lapins un abaissement extraordinaire de la température interne qu'on n'observe ni dans l'intoxication aiguë par l'acide phénique ni dans celle par le chloral.

Quand on emploie le chloral comme antidote des poisons convulsifs du cerveau, la fréquence des mouvements respiratoires diminue davantage que dans les cas où on l'emploie comme antagoniste des poisons tétaniques.

L'abaissement de température provoquée par l'administration du chloral est à peu près indépendante de la déperdition de chaleur qui se fait à la périphérie; en effet l'élévation de la température qui succède à la section de la moelle n'est pas combattue par le chloral.

L'action dépressive de la thébaïne et de la codéine sur le cerveau, qui chez différentes espèces animales cède le pas à l'action convulsivante de ces mêmes alcaloïdes, semble prédominer chez l'homme. Il est donc très rationnel d'utiliser la thébaïne à titre d'analgésiant, tandis qu'il faut s'attendre à trouver peu efficace le chloral administré comme antidote dans les empoisonnements par cet alcaloïde de l'opium; dans l'intoxication par la codéine, qui s'accompagne de collapsus, l'emploi du chloral peut même être très nuisible.

La codéine, et probablement aussi les autres poisons convulsifs du cerveau, agissent en général sur les centres convulsifs situés en avant de la moelle allongée avant d'impressionner les centres bulbaires eux-mêmes.

Chez les lapins empoisonnés par la brucine, le cœur peut continuer de battre pendant plusieurs heures consécutives. E. RICKLIN.

Recherches expérimentales sur la puissance toxique des alcools, par DUJARDIN-BEAUMETZ et AUDIGÉ (1 *vol. in-8, 308 pages, Paris*, 1879).

Les auteurs ont déterminé la puissance toxique des alcools, les phénomènes d'intoxication auxquels ils donnent lieu, les lésions qu'ils déterminent, et les considérations hygiéniques qui en découlent. Ils sont arrivés aux principales conclusions suivantes :

I. — *Puissance toxique des alcools.* — A) Tous les alcools soit qu'ils appartiennent à la série monoatomique, soit aux séries polyatomiques, sont doués de propriétés toxiques.

B) Dans la série monoatomique l'intensité de l'action toxique dépend : 1° *de la constitution des alcools et de leur origine ;* pour les alcools ayant la même origine, l'action toxique est d'autant plus intense que leurs formules atomiques sont plus élevées; 2° de *leur solubilité*, ils ne sont toxiques que l'orsqu'ils sont solubles ou qu'ils trouvent dans l'économie des substances qui permettent leur dissolution; 3° *des décompositions qu'ils peuvent subir*, ainsi la présence des aldéhydes et des éthers augmente leur pouvoir toxique; 4° *des différents modes d'administration.*

II. — Les phénomènes d'intoxication aiguë déterminés par les alcools peuvent se diviser en 3 périodes: une période d'ébriété ou d'énervation; une période de résolution, et enfin une période de collapsus. Ces périodes subissent des modifications dépendant : 1° de la nature de l'alcool employé; 2° de la dose administrée ; 3° de la résistance des sujets.

Avec les alcools par fermentation, les trois périodes de l'intoxication aiguë se succèdent d'une façon régulière ; mais à mesure qu'on s'éloigne de l'alcool éthylique, leur caractère est plus accentué, leur évolution plus

rapide, et on peut voir apparaître quelques phènomènes convulsifs. Dans tous ces cas d'empoisonnement il se produit un abaissement considérable de la température, abaissement qui atteint quelquefois jusqu'à près de la moitié du chiffres normal.

L'acool méthylique comparé à l'alcool éthylique donne lieu à une période d'excitation plus vive, la résolution et le collapsus arrivent plus rapidement à leur summum d'intensité;mais quand la dose n'est pas suffisante pour entraîner la mort, les symptômes se dissipent plus promptement.

Avec les alcools énanthylique et caprylique les périodes de l'intoxication ne présentent plus leur régularité. Plusieurs heures après l'administration du poison, l'animal ne manifeste que de l'inquiétude ; sa température s'abaisse à peine de quelques degrés, et ce n'est qu'à une période assez avancée que l'on voit survenir la résolution et le collapsus. Les phénomènes convulsifs sont plus accusés qu'avec les alcools précédents.

Mais c'est surtout avec la glycérine que l'on observe des convulsions qui se développent sous l'influence du moindre contact. La température ne descend que peu de temps avant la mort.

II.—*Lésions toxiques. Appareil digestif.*—Les lésions sont peu accusées, quand l'alcool a été introduit sous la peau;s'il a été administré par l'œsophage, la muqueuse du tube intestinal est ramollie et la surface de l'intestin d'un rouge noirâtre présente dans la plupart des cas des hémorrhagies plus ou moins abondantes. Le sang est profondément altéré; il est noirâtre et forme dans le cœur des caillots plus ou moins volumineux. Il y a de la congestion des poumons, des méninges; après l'emploi de la glycérine, on trouve une congestion hémorrhagique des reins.

IV.— *Considérations hygiéniques.* — En appliquant les données précédentes à l'examen des alcools de commerce et les résultats trouvés par Isidore Pierre, les auteurs ont reconnu que l'origine des eaux-de-vie joue un rôle prépondérant au point de vue de leur action toxique. Ils les ont classées dans l'ordre suivant : 1° alcool et eau-de-vie de vin ; 2° eau-de-vie de poiré ; 3° eau-de-vie de cidre et eau-de-vie de marc de raisin ; 4° alcool et eau-de-vie de betteraves ; 5° alcool et eau-de-vie de grains ; 6° alcool de mélasse de betterave ; 7° alcool et eau-de-vie de pommes de terre.

Le danger de l'emploi des eaux-de-vie, autres que celles fournies par le vin tient à la présence des alcools propylique, butylique, amylique, et il en résulte que le meilleur moyen de rendre les eaux-de-vie inoffensives, serait de les priver de ces produits étrangers. R. HARDY.

De l'action physiologique de l'hydrure de tanacétyle (camphre du tanacetum vulgare), par PUTZEYS (*Bulletin de l'Acad. de Belgique, décembre* 1878).

L'auteur a recherché l'action physiologique d'un isomère du camphre qui existe dans la tanaisie. Dans une première série d'expériences il a opéré sur des grenouilles ; il fait absorber l'hydrure par inhalation ; à la suite d'une période d'excitation, l'animal tombe dans la résolution ; les mouvements volontaires sont abolis, les réactions de sensibilité finissent par disparaître entièrement.

La paralysie n'est pas due à une altération des muscles, car ils répon-

dent aux excitations ; les nerfs au contraire présentent une diminution ou même l'abolition de leur irritabilité ; ce sont leurs extrémités périphériques qui se trouvent modifiées.

Sous l'influence directe du poison, la rigidité cadévérique s'empare rapidement des muscles.

Quant aux centres nerveux, l'abolition des mouvements volontaires précède celle des mouvements réflexes; l'hydrure produit une accélération, puis un ralentissement, enfin l'arrêt des pulsations du cœur. Quand la dose est trop forte, la première période peut manquer. L'accélération dépend surtout d'une paralysie des extrémités intra-cardiaques des fibres suspensives du nerf vague.

Les contractions rhythmiques des vaisseaux ont plus d'énergie qu'à l'état normal.

La respiration, d'abord accélérée, se ralentit, puis s'arrête.

Chez les animaux à sang chaud, ce sont les convulsions qui dominent. Il y a d'abord une crampe tétanique générale, puis des convulsions toniques. Pendant l'attaque la sensibilité, les sens spéciaux et l'intelligence sont émoussés. Tel est l'accès typique, mais il peut subir de nombreuses modifications.

Si on coupe la moelle au-dessus du bulbe, on ne voit plus se produire ces phénomènes de motilité dans le segment du corps situé en arrière de la lésion.

La moelle montre cependant une exagération de sa réflectivité. H. L.

Beiträge zur physiologischen Wirkung der Bestandtheile des Capsicum annuum (Contribution à l'étude de l'action physiologique du capsicum annuum), par A. HÖGYES (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Bd IX, Heft* 1 *et* 2, *p.* 117, 1878).

L'auteur a expérimenté sur des animaux à sang chaud et à sang froid et il a constaté que chez les uns et les autres, l'action du *capsicum annuum* et de son principe actif le capsicol, consiste surtout dans une excitation des nerfs sensitifs, qui se traduit entre autres par de la salivation et une sécrétion plus abondante de suc gastrique, et par des mouvements péristaltiques exagérés de l'intestin. Chez l'homme, on observe comme autres effets de l'ingestion de ces mêmes substances, des démangeaisons de la peau, une sensation de chaleur cuisante du côté des muqueuses accompagnée d'hyperémies réflexes plus ou moins prononcées.

Högyes nie que le *capsicum annuum* soit un poison violent comme l'ont prétendu certains auteurs, en particulier Landerer.

On ne doit considérer cette substance que comme un condiment d'un goût agréable et qui constitue un moyen excellent contre l'atonie des fonctions digestives. E. RICKLIN.

Beiträge zur Kenntniss der Kaffeebestandtheile (Contribution à l'étude des principes actifs du café), par BINZ (*Archiv für experim. Pathologie und Pharmacologie, Bd IX, Heft* 1 *et* 2, p. 31).

Dans l'analyse de cet article (voy. *R. S. M.*, XIII, 124), c'est *par erreur* qu'il a été dit que Binz n'admet pas qu'à doses moyennes la ca-

féine et la caféone n'excitent pas le cerveau, le cœur, la respiration et la calorification ; Binz soutient l'opinion opposée.

Gleditschin — a new alkaloïd (Sur un nouvel alcaloïde, la gléditschine), par B. F. LAUTENBACH (*Philadelphia med. Times*, 23 novembre 1878).

Depuis quelque temps, l'auteur poursuit une série de recherches sur les effets des différents extraits du fruit du *gleditschia triacantha*. Cet arbre, vulgairement appelé *févier*, appartient à la famille des légumineuses. Il est originaire de la Virginie et de la Caroline et a été importé en Europe, où on le voit surtout dans les parcs des environs de Genève. Voici les résultats auxquels Lautenbach est arrivé jusqu'ici :

Les extraits aqueux, alcoolique ou éthéré du fruit *mûr* ou des graines de cet arbre, n'ont aucun effet toxique sur les grenouilles ou les crapauds. Au contraire, l'extrait alcoolique de la graine *non mûre* et des portions du fruit qui entourent immédiatement cette graine, paraît être doué des propriétés les plus énergiques. Au bout de cinq à vingt minutes, les grenouilles tombent dans un état de stupeur profonde. Les mouvements réflexes sont complètement abolis, alors même que les nerfs moteurs restent encore irritables. Cette abolition de l'activité réflexe n'est pas due à une action directe du poison sur les nerfs sensitifs, puisqu'elle se produit alors même qu'on a préalablement lié tous les vaisseaux du membre sur lequel on expérimente. Le cœur continue à battre pendant plusieurs heures après l'apparition de ces symptômes. Si la dose n'a pas été trop forte, les animaux reviennent à eux au bout de vingt-quatre heures.

Afin de déterminer la nature du principe actif de cet extrait, l'auteur a écrasé des graines de gleditschia et les a mélangées à l'alcool et à l'éther absolu dans la proportion de quatre à un. Le mélange a été ensuite chauffé au bain-marie pendant huit heures, puis filtré. Après addition de gélatine, d'acide sulfurique et de potasse, on a obtenu un précipité blanc de cristaux rhomboïdaux allongés, presque complètement insolubles dans l'eau, mais très solubles dans l'alcool. La solution alcoolique est alcaline et donne avec l'acide sulfurique étendu un précipité blanc épais, composé également de cristaux rhomboïdaux allongés, mais dont l'angle toutefois est beaucoup plus petit que celui des cristaux de gleditschine. Les effets de ces deux substances ont été trouvés identiques à ceux de l'extrait. Les cristaux du sulfate sont solubles dans l'eau.

Il existe donc un alcaloïde, la *gleditschine*, comme on peut l'appeler, qui forme des sels avec les acides sulfurique, nitrique, chlorhydrique, acétique et tannique. Tous ces sels cristallisent dans le système rhombique. Ajoutée au sang des mammifères, la gleditschine fait disparaître les globules, qui réapparaissent toutefois plus tard. Chez les grenouilles empoisonnées par cette substance, le cœur continue à battre longtemps après que tous les autres signes de la vie ont disparu. Les nerfs vagues conservent leur action sur cet organe. Par ordre de succession, le premier phénomène observé est un état analogue au sommeil. Puis survient l'abolition rapide de l'activité réflexe et l'arrêt de la respiration. L'irritabilité galvanique des nerfs est considérablement diminuée.

L'auteur se borne pour aujourd'hui à la constatation de ces quelques faits. Il se propose d'y revenir plus longuement dans un prochain travail.

GASTON DECAISNE.

Physiologische Wirkung des dithio-cyansäuren Kalium und Aethyl (Action physiologique du dithio-cyanate de potasse et d'éthyle), par HÖGYES (*Archiv für experim. Pathologie und Pharmakologie, Bd IX, Heft 1 et 2, p.* 117, 1878).

L'auteur a constaté qu'en injectant sous la peau d'une grenouille 2 à 5 centimètres cubes d'une solution à 50 0/0 de dithio-cyanate de potasse ($K^2C^2Az^2S^2$) on détermine chez l'animal de la dyspnée en même temps qu'une abolition complète de la sensibilité et de la motilité. En même temps les contractions cardiaques se ralentissent et finissent même par s'arrêter complètement au bout d'un temps qui, dans les expériences de Högyes varia de 34 à 59 minutes.

Chez les lapins, 1 centimètre cube à 1 centimètre cube 1/2 de la solution indiquée plus haut ne déterminait aucun effet appréciable, quand on l'injectait sous le derme, tandis que la même dose introduite dans la veine jugulaire de l'animal entraînait la mort par paralysie du cœur, et cela au bout de quelques minutes.

Le dithio-cyanate d'éthyle $(C^2H^5)^2C^2Az^2S^2$, injecté sous la peau d'une grenouille à la dose de 2 à 4 centimètres cubes d'une solution à 50 0/0, provoquait d'abord l'apparition de phénomènes d'excitation. Cette première période très courte était suivie d'une autre caractérisée par de l'anesthésie, du coma, la résolution de tous les muscles. Au bout de 30 à 40 minutes l'animal succombait à la paralysie du cœur et de la respiration. Cette même substance injectée sous la peau ou introduite dans la veine jugulaire d'un lapin, même à doses très faibles, déterminait un œdème pulmonaire aigu très prononcé qui emportait l'animal au bout de quelques minutes. En frictions locales, le médicament provoquait une légère inflammation du derme.

E. RICKLIN.

Sur le pouvoir toxique de l'extrait de semence de ciguë. Note de BOCHEFONTAINE et MOURRUT (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 13 *novembre* 1878).

L'extrait de ciguë, obtenu avec toute la plante est à peu près dépourvu d'action : administré à un chien à la dose de 1 gramme pour 2 kil. 625 de l'animal il reste sans action ; mais l'extrait de semences sèches donné à une dose moitié moindre, détermine la mort en moins d'une heure : l'excito-motricité du nerf sciatique, examinée aussitôt après la mort de l'animal, est affaiblie, tandisque la contractilité musculaire est normale.

M. DUVAL.

Die Strömung der Bauchlymphe nach der Vergiftung mit Muscarin, Nicotin und Veratrin (De la circulation de la lymphe abdominale après intoxication par la muscarine, la nicotine et la vératrine) par MERUNOWICZ (*Arbeit aus der physiologischen Anst. zu Leipzig.* 11 *Jahrg., p.* 117).

C'est sur le canal thoracique qu'ont porté les expériences de Merunowicz, et il a choisi pour étudier l'influence des substances toxiques sur

la circulation lymphatique celles qui activent le péristaltisme intestinal. Ses recherches, peu nombreuses du reste, ont été encore compliquées par ce fait qu'il fallait curariser les animaux; or le curare active la sécrétion et l'excrétion de la lymphe.

Les injections de *muscarine* déterminent toujours une accélération notable de la circulation lymphatique; on peut l'attribuer à la tétanisation des muscles intestinaux que produit cet alcaloïde; car la lymphe a une coloration blanchâtre de plus en plus prononcée, ce qui prouve qu'elle vient des chylifères.

La *nicotine*, au contraire, produit tantôt une accélération, tantôt un ralentissement de la circulation lymphatique; et, tandis qu'après injection de muscarine la quantité de lymphe sortie par la canule augmente, l'absorption de la nicotine est suivie d'une diminution légère de la proportion de lymphe excrétée.

Les recherches sur l'action de la *vératrine* sont encore moins concluantes; de fortes doses de l'alcaloïde paraissent produire des effets analogues à ceux de la muscarine; à petites doses, au contraire, il se comporte comme la nicotine. D'ailleurs, on n'a pas encore étudié l'influence de la vératrine sur les contractions intestinales.

Dans le cours de ses expériences, M... a constaté qu'un animal peut perdre, sans succomber, plus de lymphe que ne le prétend Lesser. D'après ce dernier, un chien meurt toujours, quand il a perdu une quantité de ce liquide équivalant au cinquantième de son poids; au contraire, dans une expérience de M..., la lymphe continua à couler abondamment, alors qu'il s'en était déjà écoulé une quantité égale au trentième du poids de l'animal. L. D.-B.

Ueber die Veränderungen des Natriumsulfantimoniats im thierischem Organismus, etc. (De la transformation du sulfo-antimoniate de soude dans l'organisme), par L. LEWIN (*Archiv für path. Anat. und Phys.*, *t. LXXIV*, *p.* 220).

Le sulfo-antimoniate de soude, appelé quelquefois *sel de Schlippe*, du nom de celui qui l'a découvert, n'a pas été jusqu'ici employé en médecine. Sa formule est $Na^3SbS^4+9H^2O$: il se présente sous forme de cristaux tétraédriques réguliers, jaunâtres.

Les expériences de Lewin démontrent qu'il possède des propriétés toxiques redoutables, et qu'il éprouve, au sein de l'organisme animal, des transformations intéressantes.

1. Chez tous les animaux on observe, à la suite de l'administration de ce sel, une élimination d'acide sulfhydrique par les poumons : dans le sang on rencontre des lésions qui relèvent probablement de l'action de même gaz hydrogène sulfuré.

2. Tous les animaux périssent par l'ingestion de doses variant de $0^{gr},1$ à $0^{gr},5$ (correspondant à 0,032 à 0,08 de HS), surtout lorsqu'on fait une injection directe dans les artères. La mort est accompagnée de dyspnée extrême, jamais de symptômes d'épilepsie. Sur le cadavre on trouve une curieuse particularité : c'est la conservation de l'irritabilité du cœur droit qui peut durer plusieurs heures, alors que la musculature générale est depuis longtemps insensible à toute action irritante.

Pour expliquer ces faits, il faut se rappeler que le sel dont il s'agit se

transforme, avec la plus grande facilité, sous l'influence des acides, en donnant naissance à de l'hydrogène sulfuré. Cette transformation se passe aussi au sein de l'organisme. Partout, dans le sang comme dans les tissus, le sel de Schlippe se trouve en présence de l'acide carbonique, et ses propriétés toxiques sont dues à l'acide sulfhydrique, son dérivé direct. Lorsque ce gaz, à l'état naissant, est en contact avec le sang vivant, il forme avec lui une combinaison stable, aux dépens de l'oxygène. Si la quantité d'oxygène enlevée aux hématies est minime, apparaissent chez les animaux intoxiqués des symptômes d'asphyxie ; si la quantité est plus considérable, la mort est immédiate. Il n'est pas possible, bien entendu, que l'oxygène soit enlevé totalement.

D'autres expériences démontrent que l'apport simultané d'oxygène n'empêche nullement l'action toxique du gaz hydrogène sulfuré, parce que la combinaison de ce gaz avec les hématies est beaucoup plus stable que celle de l'oxygène. La respiration artificielle ne peut donc être d'aucune utilité. C. Z.

Sur l'action physiologique du borax. Note de E. CYON (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 25 *novembre* 1878).

Le borax ajouté à la viande, jusqu'à 12 grammes par jour, quantité dix fois plus grande que celle nécessaire pour la conservation des viandes (procédé Jourdes), peut être employé en nourriture sans provoquer le moindre trouble dans la nutrition générale. Bien plus, le borax substitué au sel marin, augmenterait la faculté d'assimiler la viande et pourrait amener une forte augmentation de poids de l'animal, même quand l'alimentation est exclusivement albuminoïde. M. D.

Ueber die Wirkungen der Platinverbindungen auf den thierischen Organismus (**Des effets des préparations de platine sur l'organisme animal**), **par F. KEBLER** (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmakologie, Bd IX, Heft* 3 *et* 4, *p.* 137, 1878).

Les expériences instituées par l'auteur sur des grenouilles, des lapins et des chiens auxquels il injectait dans le sang du chlorure de platine dissous dans du bicarbonate de soude, l'ont amené à conclure que :

Chez les grenouilles, les préparations de platine paralysent tout d'abord les centres des mouvements volontaires, en même temps que les centres des mouvements réflexes sont excités. L'excitabilité des muscles volontaires va en diminuant jusqu'à la mort de l'animal, mais sans être entièrement abolie. Le muscle cardiaque fonctionne normalement jusqu'à la mort de l'animal.

Chez les mammifères, le premier effet appréciable de l'action physiologique du platine consiste dans une paralysie des vaisseaux. Cette paralysie est d'origine périphérique et elle reconnaît sans doute pour cause une action directe du platine sur les ramifications terminales des nerfs vasomoteurs, comparable à celle du curare. Les vomissements, les diarrhées séreuses et sanguinolentes, l'hyperémie des organes abdominaux,

les ecchymoses des muqueuses digestive et vésicale, autres effets de l'intoxication par le platine, sont en majeure partie le résultat de l'action de cette substance sur les vaisseaux. Enfin les préparations de platine déterminent également, chez les mammifères, une paralysie de la motilité volontaire avec secousses convulsives dénotant une excitation des centres réflexes de la moelle. E. RICKLIN.

Die chronische Silbervergiftung (L'argyrisme chronique), par **Aladar v. ROZSAHEGYI** (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Bd IX, Heft 3 et 4, p. 289, 1878*).

L'auteur a expérimenté sur des lapins avec du nitrate d'argent chimiquement pur, en solution très étendue dans de l'eau, et introduit tantôt dans l'estomac, tantôt sous la peau de l'animal.

Il a constaté que la rapidité avec laquelle succombent les animaux soumis à ces expériences, dépend, non de la dose totale du nitrate d'argent administré, ni du degré de concentration de la solution employée (pour des solutions dont le titre est inférieur à 5 0/0), mais uniquement de la valeur relative des doses quotidiennes comparées au poids corporel de l'animal, pourvu que l'agent toxique soit introduit par l'estomac.

En injections sous-cutanées, les solutions étendues sont seules supportées pendant un certain temps.

Comme effets constants de l'empoisonnement chronique par le nitrate d'argent, l'auteur a observé :

Une diminution de poids corporel dont la valeur relative est d'autant plus considérable que le poids de l'animal était plus faible au début de l'expérience.

Une hyperémie de la muqueuse du larynx et de la trachée, hyperémie et œdème du poumon, avec prolifération des corpuscules du tissu conjonctif inter-alvéolaire, desquamation en masse de l'épithélium qui tapisse la face interne des alvéoles, et caséification de l'exsudat ainsi formé, processus qui aboutit à la phtisie.

Du côté du foie, tuméfaction trouble puis dégénérescence granulo-graisseuse et résorption des cellules hépatiques, avec hypertrophie consécutive du tissu conjonctif interlobulaire. La vésicule biliaire renfermait dans tous les cas de la bile verte en quantité notable.

Du côté des reins on observe également au début une tuméfaction trouble de l'épithélium qui fait place, tantôt à la dégénérescence graisseuse, tantôt à l'inflammation aiguë de cet épithélium, inflammation qui s'étend également au stroma interstitiel.

Les muscles striés subissent la dégénérescence granulo-graisseuse, altération que l'on retrouve dans le muscle cardiaque.

Sous l'influence de doses faibles de nitrate d'argent, la température interne s'élève de quelques dixièmes de degré, tandis que des doses considérables de nitrate d'argent provoquent un abaissement rapide et marqué de la température.

Dans la plupart des cas, il y avait ralentissement du cœur au début avec accélération terminale. D'autre fois, au contraire, l'empoisonnement chronique par le nitrate d'argent se traduisait d'emblée par une

accélération des contractions cardiaques. De même les mouvements respiratoires étaient ralentis dès le début.

La quantité d'urine et de matières fécales rendues dans les vingt-quatre heures n'était pas augmentée sous l'influence de l'argyrisme chronique. Et pourtant les animaux perdaient de leur poids corporel, sans que leur appétit fut diminué, si ce n'est dans les premiers jours de l'expérience.

En somme, l'intoxication chronique par les sels d'argent se caractérise par une dégénérescence des éléments cellulaires de l'organisme, qui nous rend compte des symptômes de l'empoisonnement. E. RICKLIN.

Ueber die physiologischen und therapeutischen Wirkungen des Thymols (Action physiologique et thérapeutique du thymol), par KÜSSNER (*Habilitationssch. Halle*, 1878).

Le thymol, pris à la dose d'un gramme dans les 24 heures, plusieurs jours de suite, n'a produit dans les expériences que l'auteur a faites sur lui-même, rien autre chose qu'une sensation de brûlure à l'estomac; la sensibilité douloureuse de la région épigastrique a persisté une quinzaine de jours après que l'usage du thymol eut été interrompu.

Donné à la dose de 1 à 2 grammes à un diabétique, il a paru diminuer l'excrétion de sucre sans produire de symptômes fâcheux. Il a de même semblé avoir une action favorable dans le catarrhe vésical et dans les diarrhées infantiles, et diminuer la fièvre et l'expectoration des phthisiques, lorsqu'il leur était administré sous forme d'inhalations.

Le thymol injecté dans les veines des animaux cause la mort à la dose de 0gr10 par kilogramme de poids du corps. Des injections répétées à plus faibles doses abaissent la température. La tension vasculaire n'est modifiée qu'au début de la période de résolution. Quand la quantité de thymol injecté à un chien est suffisante pour produire le coma, les effets de la strychnine injectée même à haute dose ne se produisent pas.

Lorsqu'il est introduit dans l'estomac à doses modérées pendant plusieurs semaines, il détermine un amaigrissement progressif sans aucun autre phénomène important.

Dans l'empoisonnement rapide, le sang est foncé, fluide, sans modification dans le nombre ni dans les caractères des globules; l'urine est albumineuse et renferme des cylindres hyalins; les organes ne subissent pas la dégénérescence graisseuse. L'auteur n'a constaté aucune altération anatomique importante chez les animaux qui avaient pris longtemps des doses non toxiques de thymol. G. HOMOLLE.

Remarques anatomiques et cliniques sur deux points particuliers de l'intoxication saturnine chronique, par J. RENAUT (*Gaz. méd. de Paris*, nos 32 et 33, 1878).

Dans cet article, l'auteur étudie : 1° Les lésions glandulaires de la muqueuse buccale au niveau des tatouages; 2° La forme fébrile et rapide de la paralysie musculaire des saturnins.

I. — Chez certains saturnins, il existe des taches bleuâtres et comme enfumées maculant la muqueuse des lèvres et des joues (Gubler). En

1868, le Dr Cras les avait signalées dans sa thèse inaugurale et reprenait cette question (*Arch. navales*, 1875 et 1876). Cet auteur prétend que le liseré de Burton n'est autre chose qu'une embolie ou plutôt qu'une véritable injection de sulfure noir de plomb réduit au sein même des bouquets vasculaires de la peau, les oblitérant, et déterminant par suite une ulcération des parties de la muqueuse commandée par la distribution des rameaux vasculaires ainsi lésés. M. Renaut a cherché à vérifier ces assertions sur un malade mort d'encéphalopathie saturnine et qui portait sur la lèvre inférieure répondant à la canine de chaque côté deux plaques ardoisées larges comme une pièce de un franc. La gencive exulcérée présentait les lésions ordinaires de l'inflammation, le derme était semé d'îlots embryonnaires, les bouquets vasculaires des papilles se montraient marqués par des granulations noires qui étaient déposées seulement autour des capillaires et non dans leur cavité. Leur lumière est libre et non obstruée par des grains de sulfure. Mais ce qui peut arriver, c'est qu'un vaisseau contienne des globules blancs chargés de sulfure noir. Ce sont eux qui jouent le rôle principal dans la production du liseré. Si les grains sont plus nombreux au niveau des capillaires, c'est parceque ces derniers sont incessamment traversés par des cellules lymphatiques qui émigrent de leur cavité dans les mailles du derme et qui déposent leur pigment au point même où s'effectue la diapédèse.

Les vaisseaux, contrairement à ce que pense M. Cras, ne sont pour rien dans le mécanisme de l'ulcération de la muqueuse buccale, et il n'y a aucune assimilation à faire entre l'ulcération qui suit l'oblitération d'une artériole et celle qui se produit dans le bourrelet gingival ou la muqueuse labiale et buccale des saturnins. L'inflammation est d'une autre nature et probablement l'élimination du métal y joue le rôle actif.

L'auteur a trouvé dans les glandes à mucus, les traces d'une inflammation interstitielle assez analogue à celle des glandes bronchiques d'un poumon affecté de tuberculose chronique ; de plus, cette inflammation s'était produite primitivement dans les glandes et non consécutivement à l'inflammation des parties sous-jacentes. Ces faits expliquent jusqu'à un certain point, les douleurs tensives au niveau des parotides et des glandes sous-maxillaires, ainsi qu'au niveau des testicules dont les saturnins se plaignent parfois, ce qui serait dû à une élimination du plomb par les organes secréteurs.

Ainsi, les molécules plombiques qui pigmentent le derme, arrivent dans ce dernier, transportées par les cellules migratrices. Les glandules buccales sont atteintes chez les saturnins d'un état inflammatoire non encore décrit.

II. — Jusqu'ici on pensait qu'aucun épiphénomène aigu du saturnisme ne revêt la forme fébrile. Cependant Lorain avait démontré que la colique de plomb est parfois accompagnée de fièvre.

Or, l'auteur cite d'abord un cas d'encéphalopathie saturnine accompagnée de fièvre (la température était arrivée jusqu'à 39°,8). Chez cet homme, deux accès fébriles séparés par quelques semaines, avaient annoncé ou accompagné la paralysie complète (moins le long supinateur) des muscles extenseurs de l'avant-bras sur le bras, du bras sur les épaules, de la tête sur le rachis. Rapidement les masses musculaires paralysées s'atrophièrent, puis au bout d'un certain temps,

quelques groupes musculaires purent récupérer leurs mouvements.

L'auteur rapporte une autre observation du même genre.

Or, il s'agit de savoir si cette paralysie qui ne ressemble en aucune façon à la paralysie saturnine commune, se rattache à des lésions différentes. « Le procédé fébrile, qui pendant son cours, n'est accompagné que de phénomènes adynamiques sans paralysie, l'apparition de cette dernière au sortir de la fièvre, sa façon d'envahir certains groupes de muscles, le retour progressif du mouvement dans ces derniers, tandis que d'autres s'atrophient définitivement; voilà des caractères qui, cliniquement n'appartiennent qu'à une maladie, la myélite centrale antérieure. Cela revient à dire qu'ici le type morbide est cliniquement très semblable à celui fourni par la paralysie spinale des enfants ou des adultes.

Or, ce qui justifie cette hypothèse, ce sont les lésions que Vulpian a constatées chez certains saturnins dans la moelle (atrophie des cellules des cornes antérieures). HENRI HUCHARD.

Ueber die Wirkungen des Bleis auf den thierischen Organismus (Des effets du plomb sur l'organisme animal), par Erich HARNACK (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmakologie, Bd IX, Heft 3 et 4, p.* 152, 1878).

Pour arriver, par la voie expérimentale, à une connaissance exacte de l'action physiologique d'un métal, il faut, selon l'auteur, que la préparation avec laquelle on expérimente remplisse les conditions qui suivent: Elle ne doit pas précipiter les substances albuminoïdes, autrement elle exerce sur la muqueuse du tube digestif une action caustique dont les effets sont confondus avec ceux que le métal est censé exercer sur le sang et les principaux appareils de l'organisme; il faut que dans cette préparation le métal ne soit pas associé à d'autres substances douées d'une grande activité et dont les effets masqueraient ceux dus à l'action du métal lui-même sur l'organisme; enfin la préparation avec laquelle on opère doit être très soluble, neutre, et ne doit pas être précipitée par les alcalins, afin qu'on puisse l'injecter dans le sang.

Parmi les préparations plombiques, celle qui, selon Harnack, remplit le mieux ces conditions, serait le triéthylacétate de plomb. Les expériences que l'auteur a instituées avec ce sel, sur des grenouilles, des lapins, des chiens, des chats et des pigeons, lui ont permis de constater que dans une première phase de son action physiologique, cette substance donne lieu à des phénomènes qui, chez la grenouille, rappellent ceux provoqués par les anesthésiques, et, chez les mammifères, ceux que Gaethgens a observés à la suite d'injections de choline dans le sang. Ces phénomènes essentiellement passagers doivent être mis sur le compte de la préparation considérée dans son ensemble et non en tant que sel de plomb.

Lorsque les animaux survivent pendant quelque temps, on voit se développer une seconde phase constituée par un ensemble de phénomènes qui ne sont autres que les effets de l'intoxication saturnine chronique. En analysant ces phénomènes tardifs, l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes, touchant l'action physiologique du plomb sur l'organisme animal :

Le plomb agit sur la substance contractile de tous les muscles striés et de telle sorte qu'aussitôt que ceux-ci entrent en contraction ils sont frappés d'un épuisement immédiat. A la longue, les muscles finissent par perdre leur excitabilité et par dégénérer. Toutefois, chez les animaux qui succombent aux effets toxiques du plomb, on voit se développer néanmoins un certain degré de rigidité cadavérique. Cette action du plomb sur les muscles striés est surtout très prononcée chez la grenouille et chez le lapin.

Le plomb agit sur certains centres moteurs en les excitant. Il en résulte une certaine ataxie motrice, des secousses musculaires, des tremblements, parfois des convulsions, mais sans perte de connaissance et sans troubles de la sensibilité. Les centres moteurs dont l'excitation engendre ces phénomènes sont vraisemblablement compris dans le mésocéphale ou le cervelet.

Le plomb excite certains appareils nerveux compris dans la paroi de l'intestin et qui tiennent sous leur dépendance les mouvements de cet organe. Il provoque ainsi des contractions générales de tout l'intestin avec exagération de ses mouvements péristaltiques, des coliques et le plus souvent de la diarrhée. Une action directe du plomb sur les muscles lisses de l'intestin et de ses vaisseaux n'a pas pu être constatée. De même le plomb n'influence pas directement la respiration et la circulation des animaux. Toutefois chez ceux chez lesquels l'action du plomb porte principalement sur les muscles, le cœur et l'appareil respiratoire participent à la paralysie.

L'auteur étudie ensuite comparativement les effets toxiques qu'exerce le plomb sur l'homme et les animaux et il arrive à ces conclusions :

Les manifestations douloureuses de l'intoxication saturnine chronique connues sous le nom de coliques de plomb, reconnaissent pour cause l'excitation que cette substance exerce sur les ganglions autochtones logés dans les parois de l'intestin. La constipation opiniâtre qui est un symptôme habituel de l'intoxication saturnine chez l'homme est due à ce que, chez ce dernier, la contraction générale de l'intestin prédomine sur l'exagération des mouvements péristaltiques, contrairement à ce qui a lieu chez les animaux. Cet état de contracture du tube intestinal entraîne l'accumulation d'une plus grande quantité de sang dans les autres départements circulatoires : d'où l'augmentation de pression intravasculaire et le ralentissement du pouls. La rétraction et l'endolorissement du ventre sont des effets de la contraction réflexe des muscles abdominaux.

L'action du plomb sur les muscles striés rend compte des symptômes de l'intoxication saturnine chez l'homme. A une période peu avancée, le courant induit est impuissant à faire contracturer les muscles paralysés qui répondent encore aux excitations des courants galvaniques, parceque les muscles ne sont point encore privés de leur excitabilité mais sont tout simplement sujets à s'épuiser prématurément. Plus tard, l'excitabilité des muscles affectés est entièrement abolie. La prédilection avec laquelle la paralysie saturnine frappe certains groupes de muscles n'est que relative.

L'arthralgie saturnine est une conséquence de l'excitation exercée par le plomb sur certains appareils moteurs centraux.

Les symptômes de l'encéphalopathie saturnine sont également le ré-

sultat d'une modification imprimée par le plomb à divers appareils des centres nerveux. Le cerveau et la moelle allongée ne sont impressionés qu'à une période relativement tardive. Les résultats des expériences pratiquées sur les animaux ne peuvent en rien servir à expliquer le développement de l'anesthésie, de l'amaurose et d'autres phénomènes de même ordre, d'origine saturnine. E. RICKLIN.

Ueber einige Producte des gefaulten Maïs; ein Beitrag zur Lehre der Fäulnissgifte (De quelques produits du maïs putréfié. Contribution à l'étude des poisons putrides), par Th. HUSEMANN (*Archiv. für experim. Pathologie und Pharmakologie, Bd IX, Heft 3 et 4, p.* 226, 1878).

Des recherches de l'auteur il résulte que la fermentation artificielle des grains de maïs provenant de la plante saine donne naissance à des poisons putrides différant par leur action physiologique.

Parmi ces poisons, il en est un dont l'apparition est constante en pareilles circonstances, qui agit d'abord sur le cerveau et ensuite sur la moelle et le bulbe et qui tue en paralysant les organes. Il est difficile de savoir si l'action primordiale de cette substance toxique consiste dans une excitation passagère de certains centres convulsivants situés dans le cerveau ; mais il est certain qu'elle n'exagère pas le pouvoir réflexe de la moelle. Ce poison-narcotique, produit de la fermentation artificielle du maïs, affaiblit l'activité cardiaque par voie indirecte, mais il n'influence pas la contractilité des muscles et l'irritabilité des nerfs périphériques.

Ce même poison narcotique constitue en majeure partie le principe actif des préparations obtenues en faisant fermenter le maïs pendant l'automne ou la saison froide. Peut-être ces préparations contiennent-elles encore un autre principe toxique capable de rendre compte des contractions spasmodiques des fléchisseurs rappelant celles que provoque la nicotine et qui précèdent la paralysie de ces muscles.

Quand on fait fermenter le maïs pendant la saison chaude, on obtient encore un principe toxique qui exagère le pouvoir reflexe de la moelle à l'exemple de la strychnine, en produisant un tétanos réflexe. Ce principe toxique agit avec plus d'intensité que le principe narcotique sur les terminaisons périphériques des nerfs, et quand il est associé à ce dernier, il influence directement l'activité cardiaque. Il semble aussi jouir de propriétés toxiques plus marquées que le principe narcotique.

Aucune des préparations examinées par l'auteur ne renfermait de poison convulsivant comparable par son action à la picrotoxine.

Le produit connu sous le nom de maïsine, préparé pendant la saison froide, est doué de propriétés toxiques bien plus énergiques que l'oléorésine, ce qui tient probablement à la lenteur avec laquelle cette dernière est absorbée.

A la fin de sa communication, l'auteur rappelle que les principes toxiques provenant du maïs fermenté sont employés par un grand nombre de médecins italiens dans le traitement de diverses affections de la peau, telles que le pityriasis furfuracé du cuir chevelu, l'impétigo, le psoriasis nummulaire, l'eczéma prurigineux, les néphélides des femmes enceintes. E. RICKLIN.

Empoisonnement aigu par le cuivre métallique pulvérisé, par NICAISE (*France médicale*, 23 *novembre* 1878).

Cette communication, faite à la Société clinique de Paris, emprunte un grand intérêt aux discussions qui se sont récemment élevées au sujet des propriétés toxiques du cuivre.

Il s'agit d'un homme de 45 ans, employé depuis trois ans dans une usine électro-métallurgique et entré à l'hôpital de la Charité le 15 avril 1861. Le 18 mars, on l'employa, pour la première fois, à la pulvérisation du cuivre, en remplacement d'un autre ouvrier qui était malade. Dès le premier jour, ce travail lui fut désagréable; il eut de la sécheresse des narines et de la gorge, ainsi que de la gêne respiratoire.

Le quatrième jour, il était réveillé la nuit par des coliques violentes dans les flancs, surtout à gauche, et par de fréquentes envies de vomir. Bientôt apparaissait une diarrhée accompagnée de vomissements verdâtres ayant, disait le malade, le goût de vert-de-gris. La faiblesse allant en augmentant, il ne tarda pas à entrer à l'hôpital.

Les membres inférieurs étaient très douloureux, et la sensibilité y paraissait diminuée; la marche était impossible. Les trois derniers doigts de la main gauche étaient engourdis, et, dans l'extension du bras, il y avait un tremblement très marqué. Le traitement consista en bains sulfureux, et, au bout de quinze jours, la guérison était complète.

En résumé, ce malade, qui n'avait pas pris la précaution de se munir du masque de caoutchouc ordinairement employé par les ouvriers qui manient la poussière de cuivre, a présenté, au bout de quatre jours, des signes d'intoxication bien manifestes. Il a eu d'abord de la sécheresse de la gorge et des narines, de l'anorexie, de l'oppression; puis des coliques, des nausées, des vomissements, de la diarrhée. A ces symptômes se sont joints un amaigrissement et un affaiblissement rapides. Ce tableau est bien celui que les auteurs ont tracé de l'empoisonnement aigu par le cuivre. GASTON DECAISNE.

Ein Beitrag zur Lehre von der acuten Phosphorvergiftung (Contribution à l'étude de l'intoxication aiguë par le phosphore), par A. FRAENKEL, et discussion consécutive. Société de médecine de Berlin, 3 avril 1878 (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 19, *p.* 265 *et n°* 39, *p.* 588, 13 *mai et* 30 *septembre* 1878).

Ouvrier orfèvre âgé de 23 ans, transporté le 8 novembre 1877 à la clinique de Leyden. Le 31 octobre il s'est empoisonné avec du phosphore et vomit dès lors tous les aliments qu'on lui donne. — État du malade le 9 novembre: Coma profond dans le décubitus horizontal: des appels à haute voix ne produisent qu'un réveil incomplet et passager. Gémissements continus. Ictère généralisé intense. Épistaxis répétées; quelques hémorrhagies par la bouche; pouls, 105, sautillant. Bruits cardiaques sourds, mais normaux; par instants seulement le premier bruit de la pointe s'accompagne d'un léger souffle. — Aucune cyanose. 18 inspirations très superficielles et fréquemment interrompues de pauses durant jusqu'à 7 secondes. Sécheresse des lèvres; enduit lingual jaune grisâtre; haleine extrêmement fétide. Abdomen distendu et très sensible au toucher, surtout au niveau du foie qui est manifestement hypertrophié: la matité hépatique qui commence en haut au bord inférieur de la 4e côte dépasse le rebord costal de 9 centimètres dans la ligne mamelonnaire, atteint le nombril sur la ligne médiane et dépasse à gauche de

7 centimètres, le bord gauche du sternum. Dans la ligne mamelonnaire, la matité a une hauteur totale de 23 centimètres; urines recueillies par la sonde, rouge brun, ni sédimenteuses, ni albumineuses, donnant la réaction caractéristique de la matière colorante biliaire; quantité de 650 centimètres cubes en 24 heures; densité 1027. — Température 36°,4.

L'état du patient se modifia peu jusqu'à sa mort qui survint dans la nuit du 11 au 12 novembre; par moments le coma était remplacé par un délire et une agitation considérables; l'ictère s'accrut plutôt qu'il ne diminua; les hémorrhagies par la bouche et le nez se reproduisent, mais en abondance moindre. On faisait prendre avec peine au malade de petites quantités d'aliments liquides dont la majeure partie était rejetée.

A partir du 9, la matité du foie diminua visiblement : sa limite inférieure était remontée de 4 centimètres dans la ligne mamelonnaire et de 3 sur la ligne médiane, enfin elle s'était retirée de 2 centimètres 1/2 de gauche à droite. Les oscillations de la température se maintinrent entre 36°,5 et 37°,2, celles du pouls entre 96 et 124.

Autopsie le 13 novembre. Ictère extrêmement marqué, tirant sur le verdâtre. Cœur et gros vaisseaux ne renfermant qu'une très faible quantité de sang noir foncé. Myocarde flasque et brun rosé. Hémorrhagies punctiformes, disséminées à la face postérieure du cœur et sous le feuillet viscéral du péricarde, un peu plus nombreuses sous le revêtement pleural du poumon gauche, dans le tissu cellulo-graisseux du médiastin et dans le tissu cellulaire qui entoure l'œsophage et la trachée. — Poumons bien aérés; mucosités sanguinolentes dans les bronches. — Foie petit (22 centimètres de long dont 8 pour le lobe gauche; épaisseur maximum de 3 centimètres à gauche et de 8,5 à droite; largeur du lobe droit 21 centimètres; du gauche 12); surface hépatique jaune citron avec pointillé rouge. A la coupe, de chaque côté du ligament suspenseur, on remarque une région considérable, rouge foncé, déprimée relativement au reste du parenchyme qui est jaune safran et occupant surtout le lobe gauche. Dans l'épaisseur du lobe droit, on trouve parci par-là des îlots semblables atrophiques. Quant au lobe gauche, seule la portion la plus externe n'est pas atrophiée et est colorée en jaune.

Dans les parties rouge foncé, les acini paraissent plus petits que dans les parties jaunes, les contours en sont peu distincts et leur portion centrale rouge n'est enceinte que d'une zone très étroite jaune. Les canaux biliaires principaux sont vides et leur muqueuse plissée; ils ne renferment qu'un peu de liquide incolore. La vésicule biliaire ne contient qu'un fluide trouble à peine jaunâtre. — Rate petite, gris rouge clair. Reins gris rosé de volume normal; substance corticale opaque mais non dégénérée à l'œil nu. — Dans le gros et le petit intestin, matières abondantes semblables à du goudron. En détachant le côlon ascendant, on rencontre à son côté une cavité enkystée remplie du même contenu goudronneux et communiquant par des ouvertures ulcéreuses multiples avec le cœcum, l'appendice vermiforme et la partie inférieure du côlon.

L'analyse chimique de l'urine recueillie chez le malade et du sang pris sur le cadavre révéla dans la première la présence de tyrosine et dans le second celle de la leucine; par la méthode de dosage de Bunsen on reconnut que la veille de la mort, l'excrétion d'urée avait été de 22gr,3.

Frænkel insiste sur les points suivants de cette observation :

Atrophie du foie extrêmement étendue. Cœur et reins non dégénérés microscopiquement. — Existence de leucine et de tyrosine parmi les matières de désassimilation excrétées, bien que Schultzen et Riess (*Annalen des Charité-Krankenhauses*, XV) en aient voulu faire la caractéristique de l'atrophie jaune aiguë du foie et qu'on ait vu là un moyen de

diagnostic entre les deux affections. Il convient toutefois d'ajouter qu'antérieurement au travail de Schultzen et Riess, Wyss avait déjà signalé la tyrosine dans l'urine d'une femme empoisonnée par le phosphore (*Schweizerische Zeitschrift für Heilkunde*, III). Enfin, en considérant que le sujet se trouvait dans un état d'inanition chronique, on doit être frappé de la proportion considérable d'urée rendue.

Quant à l'explication de la présence de tyrosine et de leucine aussi bien dans l'ictère grave que dans l'intoxication phosphorique, Fraenkel, contrairement à la majorité des auteurs, ne la base pas sur une diminution des processus d'oxydation. Il envisage la formation d'urée comme étant essentiellement le résultat d'un processus de dédoublement des substances albuminoïdes qui s'accomplirait au sein du foie; ainsi on se rendrait compte de la rareté de la tyrosine et de la leucine dans l'empoisonnement phosphorique, parce qu'il n'est pas commun d'y voir l'atrophie de l'organe hépatique être aussi considérable que dans le cas présent.

Dans la discussion, Riess remarque qu'il est d'accord avec Fraenkel, car si dans son mémoire sur 7 faits publiés par lui, il n'avait trouvé de tyrosine dans aucun, depuis lors il a constaté l'existence de cette matière extractive 6 fois sur 25 cas. J. B.

Cas d'empoisonnement par le bisulfure de carbone, par A. H. DOUGLAS (*Med. Times and Gaz.*, *p.* 350, *21 septembre* 1878).

L'observation suivante est intéressante, vu la rareté des cas d'empoisonnement aigu par le sulfure de carbone.

Il s'agit d'un homme de 33 ans, qui pour se suicider avait avalé deux onces de bisulfure de carbone. Il entra au Liverpool Royal Infirmary le 7 août 1877 à 6 heures du soir. Au moment de son admission, ses muscles étaient dans un état de résolution complète: figure pâle et moite; lèvres bleuâtres et couvertes d'écume; paupières fermées; conjonctives légèrement sensibles au toucher; pupilles dilatées et insensibles à la lumière. Respiration profonde et laborieuse, presque stertoreuse; l'haleine répandait une forte odeur de bisulfure de carbone. Pouls 110, régulier, mais très faible. Le malade était dans un état demi-comateux et ne répondait pas aux questions qu'on lui adressait. De l'eau chaude injectée dans l'estomac fut presque immédiatement rejetée et répandit une forte odeur de sulfure de carbone. A 7 heures le malade fut couché. Il eut immédiatement après un frisson ou tremblement nerveux, accompagné de pâleur de la peau et quelques minutes après de sueurs profuses. Il put alors ouvrir les yeux et répondre aux questions qu'on lui adressa, puis il s'endormit de nouveau. Pendant les trois heures suivantes, on lui fit prendre du mucilage de quart d'heure en quart d'heure. A chaque fois le mucilage fut immédiatement vomi. A dix heures le malade reprend sa connaissance; dit qu'il ne souffre pas; se plaint seulement d'étourdissements. Pouls 100, plus fort, température 101°, respirations 20.

8 *août*. — A 1 heure de matin, les vomissements ont cessé, le malade se plaint de chaleur à la gorge et à l'estomac. A 9 heures, pouls 100, température 99°, encore des étourdissements et un peu de céphalalgie. A partir de ce moment, les symptômes se dissipèrent rapidement et quatre jours plus tard, le malade put sortir de l'infirmerie complètement guéri. Les matières excré-

tées conservèrent une odeur de sulfure de carbone, les deux jours qui suivirent l'accident.

En résumé ce malade présenta comme symptômes principaux : un état demi-comateux, quelques frissons accompagnés de pâleur de la peau et des vomissements. *Toutes* les matières excrétées répandaient une odeur de sulfure de carbone. J. B. H.

Vergiftung mit Cyankalium. Nachweis des Giftes in den Leichentheilen acht Tage nach dem Tode (Empoisonnement-suicide par le cyanure de potassium. Démonstration du poison dans les organes huit jours après la mort), par PINCUS (*Vierteljahrss. f. gericht. Med. u. œff. Sanit., nouv. série XXIX, p. 49, juillet* 1878).

Ce fait présente un grand intérêt au point de vue médico-légal, car il montre qu'au moins dans certains cas, l'analyse chimique est en état de déceler l'acide cyanhydrique, lors même qu'il s'est écoulé un septénaire depuis le décès.

Un homme robuste, d'une trentaine d'années, s'empoisonne avec du cyanure de potassium. On trouve auprès de son corps, un flacon contenant encore quelques gouttes d'un liquide blanchâtre, répandant à la fois l'odeur de l'ammoniaque et celle de l'acide prussique. La présence d'ammoniaque est démontrée par la production d'un nuage blanc, quand on approche un bâton de verre trempé dans de l'acide chlorhydrique; celle du cyanogène résulte du traitement de la liqueur par un proto-sel de fer. Enfin des essais ultérieurs ont prouvé qu'on avait bien affaire à une solution très concentrée de cyanure de potassium, en voie de décomposition.

L'autopsie ne fut pratiquée que 5 jours après la mort, le 24 avril 1877.

La putréfaction ne se traduisait que par une coloration verdâtre, légère et partielle, des téguments abdominaux. Pâleur des régions antérieures du cadavre, lividités cadavériques des parties postérieures. Rigidité encore très accusée au niveau des quatre membres. Visage livide, un peu tuméfié: paupières closes, pupilles dilatées. Bouche entr'ouverte; muqueuse bucco-pharyngée rose pâle. Ongles bleu foncé.

A l'ouverture de l'abdomen, du crâne, de l'estomac, du foie et de la rate, odeur très marquée d'acide prussique. Injections réticulées de l'épiploon, du mésentère, des faces interne et externe de l'estomac, de l'intestin grêle, de la face externe du péricarde, de la muqueuse laryngo-trachéale. Congestion du foie, de la rate, des reins, du cerveau et de ses enveloppes; ecchymoses arrondies ou allongées, variant des dimensions d'une lentille à celles d'un pois, disséminées à la surface des poumons et tranchant par leur teinte plus claire sur le reste de l'organe qui est d'un bleu d'acier sombre. — Replétion de tous les gros vaisseaux des diverses cavités et régions par un sang fluide et remarquablement foncé. Liquide spumeux, rosé dans les voies aériennes.

L'estomac renfermait 100 grammes d'un liquide trouble, aqueux, teinté de sang, sa muqueuse partout rouge brun, état gélatiniforme et imbibé de sérosité sanguinolente. Le péricarde contenait 20 grammes d'un fluide séreux, jaunâtre. Toutes les cavités cardiaques étaient pleines d'un sang non coagulé.

L'analyse chimique fut faite seulement le 27 avril, la putréfaction des organes était encore peu avancée, mais l'odeur d'acide cyanhydrique n'était plus sensible. Les réactions appropriées établirent indubitablement l'existence du cyanogène, non seulement dans l'estomac et dans son contenu, mais encore

dans le foie, la rate, les reins et le sang provenant du cadavre. En revanche l'examen du sang, soit au microscope, soit au spectroscope, n'a rien offert d'essentiel. J. B.

Accidents causés par la morsure de l'araignée noire, par G. DAX (*Montpell. méd.*, *p.* 521, *déc.* 1878).

Certains accidents assez sérieux ont été signalés comme provenant de la piqûre de l'araignée noire (*Latrodectus tredecimguttatus*. Rossi), espèce assez répandue en Corse, dans l'Italie, mais rare en Languedoc et en Provence. Le Dr Dax, de Sommières (Gard) a eu l'occasion d'en observer plusieurs exemples, dont voici le résumé succinct.

Obs. 1. — Un cultivateur, en soulevant une gerbe, se sent piqué au bras par une araignée noire : au bout d'un quart d'heure il éprouve du malaise, de la céphalalgie, de la faiblesse ; bientôt après surviennent de la dyspnée, une rachialgie considérable, une sensation de constriction à la base de la poitrine, des crampes, des fourmillements et du refroidissement des extrémités. Ces accidents persistèrent plusieurs heures.

Obs. 2. — Homme de 60 ans, piqué pendant la moisson, au mois de juillet. Au bout d'une demi-heure sensation de malaise, nausées, agitation continuelle, vives douleurs dorso-lombaires : les symptômes durent 4 heures et font place à un sentiment de courbature générale qui persiste plusieurs jours.

Obs. 3. — Jeune homme de 19 ans, piqué au pied : au bout d'une heure, vertiges, faiblesse, douleurs dans les bras, les cuisses et les jambes, défaillance et lipothymies : apparence extérieure grave. Guérison au bout de 24 heures.

Trois autres faits analogues sont rapportés par le Dr Dax : dans tous les cas, le traitement employé à été l'application locale d'ammoniaque sur la petite plaie produite par la morsure, et l'usage à l'intérieur d'une mixture contenant de l'éther (40 gouttes) de l'ammoniaque (25 gouttes) et du laudanum (20 gouttes). H. RENDU.

THÉRAPEUTIQUE.

Sur un procédé nouveau de métallothérapie externe, par Romain VIGOUROUX (*Soc. de biol.*, 20 *juillet* 1878, *et Gaz. méd. de Paris*, n° 31).

A la Société de biologie, l'auteur, en novembre dernier, était déjà arrivé à cette conclusion : Si l'on applique sur une malade hystérique, une pièce d'un métal auquel elle soit sensible ; si ensuite sur cette première on en superpose une seconde d'un métal auquel la malade ne soit

pas sensible, le phénomène se trouve fixé dans la phase où il se trouve. En d'autres termes, les alternatives habituelles de retour et de disparition de la sensibilité n'ont plus lieu ; si la seconde pièce a été placée au moment où la sensibilité a déjà été éveillée, celle-ci persiste indéfiniment et l'anesthésie de retour ne se montre pas ; si, au contraire, la pièce neutralisante est surajoutée pendant le stade d'anesthésie, celui-ci se trouve également prolongé tant que dure l'application. On peut aussi placer la seconde pièce non pas sur l'autre, mais à une certaine distance sur la peau. Cette simple indication de la possibilité de prolonger à volonté une action métallothérapique fut même utilisée par M. Burq qui put par ce moyen améliorer une hystérie rebelle jusque-là à tous les traitements.

L'auteur, pour prolonger l'action métallothérapique, propose encore un autre procédé, fondé sur les principes suivants : on sait que les métaux ne sont pas les seuls agents capables de déterminer les phénomènes décrits par M. Burq ; les courants continus, les aimants et l'électricité statique peuvent être substitués aux métaux avec des résultats analogues. Or, si après avoir par un de ces moyens ramené la sensibilité ou produit l'anesthésie dans une partie du corps, on applique sur cette partie une plaque d'un métal incapable d'agir par lui-même, on voit cette sensibilité ou cette anesthésie persister pendant un temps incomparablement plus long que si l'on n'était pas intervenu. Par exemple, dit l'auteur, je place sur le tabouret isolant d'une machine électrique, une malade atteinte d'hémianesthésie droite. Sous l'influence du simple bain électrique on voit, en quelques minutes, l'hémianesthésie et l'achromatopsie passer au côté gauche, puis disparaître. Je fixe alors sur le bras droit une pièce de laiton gauche (la malade est sensible à l'étain). Le lendemain, l'hémianesthésie et l'achromatopsie sont revenues, mais à gauche du côté opposé à la plaque.

On voit donc que par le procédé proposé par l'auteur, on a pour but d'arriver aux résultats suivants :

1° Provoquer à l'aide de l'aimant, de l'électricité statique ou galvanique, etc., le phénomène que l'on veut rendre permanent;

2° Dès qu'il a atteint une intensité suffisante, appliquer sur la région qui en est le siège une plaque de métal (métalloscopiquement neutre) qu'on laisse à demeure. HENRI HUCHARD.

De l'électrisation céphalique, par Ch. LETOURNEAU (*Gaz. hebd.*, 20 *sept.* 1878.)

Après quelques généralités sur l'action des nerfs vaso-moteurs et leur influence sur la circulation des vaisseaux de l'encéphale, M. Letourneau conclut de quelques expériences d'électrisation des ganglions cervicaux et de la région encéphalique, faites sans dissection, sur des animaux vivants, qu'on peut, à l'aide de l'électricité, agir d'une manière efficace sur la circulation cérébrale.

Il pense qu'on pourrait l'employer pour combattre les troubles cérébraux purement congestifs, dans les cas par exemple où les phénomènes morbides sont peu anciens, peu fréquents et ne s'accompagnent ni de dégénérescence des éléments nerveux ou capillaires ni d'exsudats ou de

néoplasmes persistants. C'est ainsi qu'il a pu chez un malade triompher, sans autre traitement, d'une tendance aux congestions cérébrales qui s'était déjà manifestée par deux attaques suivies de perte de connaissance. Chaque électrisation soit du cerveau, soit du ganglion cervical supérieur, amenait un soulagement immédiat, quelquefois suivi d'un besoin irrésistible de sommeil.

Cette méthode d'électrisation céphalique lui paraît surtout indiquée dans le traitement des maladies mentales, particulièrement celles qui ne sont pas encore trop anciennes. Il a traité ainsi avec succès deux cas de spleen provoqués, l'un par des excès de travail intellectuel, l'autre par des abus alcooliques.

Au point de vue pratique, M. Letourneau recommande de faire des séances d'électrisation très courtes, elles doivent rarement durer plus de six minutes; il vaut mieux les répéter plus souvent, pour faire en quelque sorte l'éducation gymnastique du courant électrique. On peut avantageusement en faire une par jour, soit en appliquant les électrodes aussi directement que possible sur le ganglion cervical supérieur, soit en mettant le pôle positif à la nuque et le pôle négatif sur le front ou la tempe. M. Letourneau préfère ce dernier procédé. Quant au nombre des éléments à employer chez l'homme, il ne doit pas dépasser les éléments de la pile Trouvé; le plus ordinairement 10 à 12 suffisent; on ne peut pas se servir de courants très forts à cause des vertiges qui se produisent presque inévitablement.

M. Letourneau ajoute enfin qu'il ne faut pas employer exclusivement des courants continus; il est bon de les interrompre de temps à autre, une fois par exemple toutes les minutes, pour maintenir à peu près constamment au même point, la diminution de calibre des vaisseaux produite par le courant, et l'anémie relative qui en résulte. ARMAND PAULIER.

Das pneumatische Cabinet und der transportable-pneumatische Apparat, par Martin NEUKOMM (de Zurich) (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 8, *pg.* 225, n° 9, *p.* 265, *et* n° 10, *p.* 290, 15 *avril*, 1er *et* 15 *mai* 1878).

Les documents touchant les applications thérapeutiques des appareils pneumatiques, c'est-à-dire la pneumothérapie, sont si clair-semés qu'on doit recueillir tous ceux qui méritent quelque confiance; c'est à ce titre que nous analysons le travail de Neukomm qui depuis plusieurs années, recourt à l'emploi soit des cloches pneumatiques, soit des appareils transportables.

A) *Chambres ou cloches pneumatiques.* — L'air y est comprimé généralement à 1/3 ou 1/2 atmosphère et les patients y séjournent de 1 heure 1/2 à 2 heures. Ces séances pneumatiques ont un double effet physiologique, surcroît d'oxygénation du sang et contraction des vaisseaux sanguins de la périphérie. En vertu du rétrécissement vasculaire qu'il détermine, l'air comprimé constitue un agent antihyperémique, anti-catarrhal.

Les bains d'air comprimé sont indiqués dans les cas suivants :

1° emphysème lié au catarrhe sec des bronches; 2° catarrhes broncho-pulmonaires de la base causés par une dégénérescence graisseuse du cœur; 3° l'asthme pur est tantôt heureusement modifié,

tantôt nullement influencé par cette méthode de traitement, sans qu'on puisse dire la raison de ces différences ; 4° la phthisie au début éprouve de l'amélioration sous l'action de l'air comprimé ; 5° obésité ; 6° chlorose rebelle aux autres médications ; 7° catarrhes de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne ; mais la guérison s'opère moins rapidement que par l'emploi du cathétérisme et de la douche ; 8° les résidus d'épanchements pleurétiques.

A cela se bornent pour Neukomm les indications de l'air comprimé. L'usage, il est vrai, en a été recommandé contre le coryza, la conjonctivite, la pharyngite et la laryngite, affections bien mieux justifiables d'une médication locale appropriée. Quant aux faits de guérison de chorée, de névralgies, etc., Neukomm reste sceptique à leur endroit. Il ne croit guère plus à l'utilité de la pneumothérapie contre la goutte et déclare enfin absurde le traitement des tumeurs blanches et du mal de Pott, (Pravaz) ainsi que de la leucorrhée, par l'air comprimé.

Constituent des contre-indications à la pneumothérapie, les états morbides suivants :

1° un mouvement fébrile continu ; 2° les affections cardiaques, à la seule exception de la dégénérescence graisseuse lorsqu'elle n'est pas trop avancée ; Neukomm estime même que des séances quotidiennes durant quatre ou six semaines, dans la cloche pneumatique sont le meilleur moyen pour combattre la dégénération commençante : 3° une faiblesse intense.

Sur des emphysémateux et des asthmatiques qui pour une cause inconnue, ne se trouvaient pas bien dans l'air comprimé, Neukomm a eu recours avec succès à l'emploi de l'air raréfié.

B) *Appareils pneumatiques transportables.* — L'auteur donne la préférence à ceux qui sont construits sur le principe des gazomètres (Waldenburg, Schnitzler). On peut formuler d'une manière générale les indications variées de ces appareils : inspirations dans l'air comprimé lorsqu'il y a gêne inspiratoire (phthisie, par exemple), expirations dans l'air raréfié lorsque il y a insuffisance de l'expiration (emphysème) ; combinaison des deux procédés, quand la respiration est gênée dans les deux temps, comme c'est le cas chez les emphysémateux avancés.

Mais Waldenburg a déduit, de la théorie, des indications rationnelles quant à l'emploi des appareils transportables dans les maladies du cœur, et la pratique a confirmé partiellement au moins, ces vues. Comme l'inspiration d'air comprimé amène une déplétion de la petite circulation, elle doit se trouver utile dans les affections du cœur gauche, telles que l'insuffisance mitrale ; au contraire l'expiration dans une atmosphère raréfiée, paraît justifiée dans les maladies du cœur droit.

Neukomm n'a pas eu l'occasion d'éprouver la justesse des vues de Waldenburg ; en revanche Biedert et Schnitzler lui-même, qui fait des réserves sur l'utilité des appareils pneumatiques dans les lésions cardiaques, ont cité des faits favorables à cette manière de voir.

L'emploi de l'air comprimé est contre-indiqué toutes les fois qu'il y a élévation de pression dans le système aortique (athérome, néphrite interstitielle, etc.) ; l'usage de l'air raréfié est mauvais toutes les fois qu'il existe une hypérémie notable de la circulation pulmonaire et qu'on peut redouter une hémoptysie.

Dans quelles circonstances l'emploi du cabinet pneumatique est-il préférable à celui de l'appareil transportable, où *vice versâ ?*

Si l'emphysème est pur, sans complication de catarrhe ou d'asthme, il faut revenir à l'appareil pneumatique transportable ; une cure de quatre semaines avec 60 à 100 expirations journalières dans l'air raréfié ($^1/_{60}$ à $^1/_{30}$ d'atmosphère), améliore l'état des patients à un point qu'on peut les considérer comme guéris.

Si l'emphysème est plus développé et qu'il soit accompagné de bronchite, les expirations d'air raréfié peuvent être plus nuisibles qu'utiles en augmentant la congestion de la muqueuse bronchique ; aussi doit-on prescrire les bains pneumatiques dont l'atmosphère comprimée agit à titre d'anti-catarrhal ; mais pour être suivi d'un succès durable, il faut que le traitement soit continué méthodiquement durant plusieurs mois.

Lorsque le catarrhe concomitant est peu considérable ou qu'il s'est atténué sous l'action des séances pneumatiques, on peut employer conjointement l'appareil transportable pour inciter l'expiration au moyen d'un air très peu raréfié.

Dans la bronchite chronique simple, c'est encore aux cabinets pneumatiques qu'il faut donner la préférence.

L'un et l'autre procédés aérothérapiques paraissent convenir, quand il s'agit de phthisie commençante ou de pleurésie chronique.

Pour l'asthme, il faut se laisser guider dans le choix du procédé de traitement, par la nature des complications dont il s'accompagne ; si, comme c'est le cas ordinaire, on a affaire à un catarrhe bronchique, c'est sans conteste le cabinet pneumatique qui doit être choisi ; si en revanche, il y a coexistence d'emphysème, il faut, autant que possible continuer l'emploi des deux procédés. J. B.

Sull azione fisiologica dell' aria compressa (Action physiologique de l'air comprimé), par A. MOSSO (*Arch. per le scienze mediche, t. II, p.* 30, 1877).

L'auteur étudie d'abord la répartition du sang dans le système circulatoire, au moyen d'un instrument personnel, le pléthysmographe, qui s'applique sur l'avant-bras pour en faire apprécier les changements de volume. Le séjour dans l'air comprimé détermine comme premier effet, une contraction énergique mais temporaire des vaisseaux de la périphérie du corps. Le volume de l'avant-bras, c'est-à-dire la réplétion vasculaire, augmente en général quand la tension de l'air s'accroît rapidement ; il diminue quand celle-ci s'abaisse. Ces faits se prêtent mal à une interprétation mécanique ; on s'explique mal comment l'avant-bras diminue précisément de volume au moment où la décompression devrait appeler le sang à la périphérie et favoriser la circulation.

Le ralentissement du pouls ne s'observe pas d'une façon persistante pendant tout le temps que la pression reste élevée ; mais il se produit au moment où la tension commence à baisser, c'est-à-dire alors même que la diminution des résistances périphériques devrait produire une accélération de pouls ; on observe d'ailleurs, au point de vue de la fréquence des battements de cœur, des variations qu'on ne peut interpréter.

La respiration étudiée au moyen d'un compteur à gaz très sensible présente deux particularités, l'ampleur accrue des mouvements respiratoires sous les hautes pressions, et l'abaissement de la pression respiratoire moyenne au moment où la colonne barométrique revient au chiffre normal. Ici encore les interprétations purement physiques ou mécaniques sont en défaut. G. HOMOLLE.

The influence of high altitudes on the progress of phthisis (De l'influence des altitudes élevées sur la marche de la phthisie), par C. DENISON (*Transact. of the internat. congress of Philad., p.* 387).

Voici les conclusions de l'auteur :

1° Les climats froids et secs conviennent mieux aux phthisiques que les climats chauds et humides;

2° Les propriétés climatériques les plus salutaires des basses terres et en particulier la propriété diathermique et la sécheresse de l'air deviennent plus évidentes à mesure que l'on monte;

3° Les altitudes élevées exercent une influence favorable et réelle sur la marche de la phthisie, surtout au début des cas chroniques, inflammatoires et hémorrhagiques; mais l'élévation doit être d'autant plus graduelle que la maladie tend à suivre une marche plus aiguë ou à devenir hémorrhagique ;

4° Lorsque la maladie est déjà avancée et dans les cas de guérison incomplète, le malade doit séjourner d'une manière permanente dans les pays élevés ;

5° Les altitudes élevées exercent une influence négative ou défavorable sur la marche de la phthisie lorsque celle-ci est compliquée : 1° d'une maladie du cœur associée à une activité trop considérable du muscle cardiaque; 2° d'un ramollissement du poumon (dans les cas aigus) accompagné d'infiltrations étendues, ou d'un état irritable et nerveux, ou d'un défaut d'énergie comme cela se voit chez les personnes plus ou moins avancées en âge ;

6° La règle, que le changement de climat favorise d'autant plus la guérison de la phthisie que ce traitement est employé plus tôt, est surtout vraie, lorsqu'il s'agit d'envoyer des malades dans des régions élevées ;

7° Les effets stimulants de l'air des régions élevées, un développement de l'activité respiratoire et musculaire, sont très utiles pour arrêter la marche de la phthisie chronique ;

8° L'habitation des régions élevées peut guérir la phthisie indépendamment ou concurremment avec un changement d'habitudes et l'exercice en plein air; elle doit donc être rangée à côté de ces moyens hygiéniques;

9° et 10° L'habitation des régions élevées est si importante, que même dans le doute, un médecin doit toujours la conseiller à ses malades, quand il soupçonne une phthisie au début. J. B. H.

On the Use of Physostigma in some nervous affections (De l'usage du physostigma dans quelques affections nerveuse), par Sydney RINGER et Williams MURRELL (*The Lancet, p.* 912 *et* 950, 22 *et* 29 *décembre* 1877).

On sait que le physostigma (fève de Calabar) exerce une action dépressive puissante sur les départements moteur et réflexe de la moelle, tandis qu'il ne modifie guère ou même point du tout les régions sensitives. La notion de ces propriétés a conduit à prescrire cette substance contre le tétanos, et les résultats n'ont pas laissé d'être encourageants.

Crichton Browne a tenté, non sans profit, la même expérience dans la paralysie générale, et son exemple a été assez heureusement suivi par nos auteurs. Depuis lors, Ringer et Murrell ont poursuivi leurs études sur l'emploi de la fève de Calabar dans les affections nerveuses ; les cas traités par eux sont encore en petit nombre et les effets obtenus ne peuvent être considérés comme suffisants, mais, quoi qu'il en soit, le lecteur ne saurait manquer de s'intéresser à des recherches de ce genre. Les patients dont l'histoire est rapportée en détail au cours de l'article sont au nombre de sept : quatre paraplégies, deux ataxies du mouvement, et une crampe des écrivains. Des quatre paraplégiques, un est resté dans le même état qu'avant le traitement, deux ont éprouvé un amendement considérable mais passager, enfin le quatrième, lorsqu'on a cessé de l'observer, était en excellente voie d'amélioration; les deux ataxiques (dont l'un très gravement atteint, puisque les troubles moteurs portaient sur les quatre membres) ont été soulagés d'une façon rapide et durable; quant à la crampe des écrivains, elle a complètement guéri. C'est sous forme de pilules contenant chacune d'un trentième à un dixième de grains anglais d'extrait (2 à 6 milligrammes) que la fève de Calabar a été mise en usage; les malades prenaient une de ces pilules toutes les deux, trois ou quatre heures, soit une moyenne d'environ huit par jour. Le succès, au moins relatif, semble être favorisé par le peu d'ancienneté du mal et la persévérance de la médication ; il ne faut pas hésiter à prolonger celle-ci pendant plusieurs mois, et la réinstituer avec énergie dans le cas où une suspension trop hâtive aurait permis aux accidents atténués de reprendre leur intensité première. P. GINGEOT.

La racine de gelsemium comme anti-névralgique, par MASSINI. Société de médecine de Bâle, 20 décembre 1877 (*Corr.-Bl. f. schweiz. Aerzte, n°* 12, *p.* 368, 15 *juin* 1878).

L'an dernier, l'auteur a employé dans plus de 80 cas de névralgie faciale, la teinture de racine de gelsemium au cinquième ; il l'administre par doses de 20 gouttes qu'il espace de demi-heure en demi-heure.

D'ordinaire, la première dose procure déjà du soulagement; 60 gouttes déterminent le plus souvent une rémission très considérable et même une cessation définitive des douleurs.

Quand il s'agit d'une simple névralgie rhumatismale des branches alvéolaires du trijumeau, ce médicament est rarement inefficace; il en est de

même dans l'odontalgie qui suit parfois le plombage des dents et dure plusieurs jours.

En revanche, l'efficacité en est douteuse, lorsqu'on a affaire à une ostéite ou à une périostite maxillaires.

Massini a noté un peu de lourdeur de tête chez un garçon de 16 ans qui en avait pris 60 gouttes, dose totale qu'il ne conseille de dépasser qu'en exerçant une surveillance soigneuse sur le patient. 4 fois il a vu survenir des douleurs oculaires et un peu de ptosis et de dilatation pupillaire.

Il a pu faire prendre le gelsemium plusieurs jours consécutifs sans inconvénients pour les malades. L'élimination par les urines est rapide. (*R. S. M.*, VII, 92, et XII, 124, 126 et 127.) J. B.

Du fruit du Bael; de ses propriétés médicinales et de ses usages, par Sir Joseph FAYRER (*Med. Times and Gaz.*, *p.* 611, 8 *juin* 1878).

Le Bael ou le Bel (Ægle marmelos de la famille des Aurantiacées) est un arbre d'environ trente pieds de haut, très répandu dans les Indes orientales. Employé depuis longtemps par les médecins européens et indigènes de l'Hindoustan il fut introduit il y a quelques années dans la pharmacopée anglaise. Toutes les parties de la plante sont utilisées en médecine. Dans ce travail l'auteur étudie surtout les propriétés du fruit. Le fruit ressemble à une orange. Il se compose d'une écorce assez dure dont l'épiderme répand une odeur fortement aromatique; et d'une pulpe jaunâtre. Le fruit contient de dix à seize loges contenant chacune une graine enveloppée par une substance tenace, visqueuse et transparente et douée d'une saveur qui rappelle la térébenthine. En Angleterre on emploie le fruit desséché et en extrait liquide, préparations qui ne jouissent pas d'une très grande réputation. Le fruit vert et frais est un médicament beaucoup plus actif. Les propriétés médicinales dépendent probablement des substances astringentes, aromatiques et émollientes qu'il renferme. Il contient en effet du tannin en quantité considérable, une huile essentielle, une résine qui ressemble au baume du Pérou et soluble dans l'éther (Macnamara) des principes aromatiques et amers, du sucre et un acide végétal. L'écorce contiendrait beaucoup plus de substances actives que la pulpe. — Avec le fruit du bael on prépare une mixture ou sorbet; un extrait, une décoction, un sirop et une marmelade.

Le fruit du bael est un médicament précieux dans le traitement des inflammations chroniques du tube digestif: la dyssenterie chronique, la diarrhée chronique et la diarrhée blanche des pays chauds. Cependant il est quelquefois utile et même nécessaire de lui associer l'opium, la poudre de Dover et des astringents. J. B. H.

Warburg's tincture and its therapeutic value in Indian fevers (De la teinture de Warburg et de sa valeur thérapeutique dans les fièvres des Indes), par W. OWEN (*The Dublin Journ. of med. sc.*, *p.* 11, *janvier* 1879).

La teinture de Warburg est un remède complexe composé à la fois de quinine et d'un mélange de substances aromatiques et astringentes (aloès,

rhubarbe, angélique, safran, fenouil, myrrhe, cubèbe, camphre, etc.). Employée aux Indes par Mac Lean et Morehead, elle s'est montrée souvent fort efficace dans des cas graves de fièvres rémittentes et même de fièvres pernicieuses. L'auteur rapporte un fait où des doses massives de quinine avaient été inefficaces et où le malade était dans le coma, quand à la suite de l'administration de la teinture en question, une diaphorèse abondante s'établit. Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

Dans quelques cas, le médicament empêche le retour des exacerbations fébriles, le plus souvent il rend les rémissions distinctes et ouvre la voie à l'action curative de la quinine.

Dans les mauvais cas de fièvre intermittente, il amène parfois la suppression rapide des accès, leur diminution toujours.

Il peut être administré aussi bien aux enfants qu'aux adultes ; et semble agir par la transpiration qu'il amène. Des sueurs profuses ne sont pas à craindre, quand on régularise les doses du médicament. H. R.

On the use of pyrogallic acid in internal Hœmorrhages (De l'emploi de l'acide pyrogallique dans les hémorrhagies internes), par AGMONDISHAM VESEY (*The Dublin Journ. of med. sc.*, *p.* 470, *déc.* 1878).

L'auteur recommande beaucoup l'acide pyrogallique comme hémostatique. Il le donne en pilules de 0,05 toutes les demi-heures ; ou bien associé à une boisson alcoolique. Il a reconnu son efficacité chez des phthisiques à forme congestive, chez des hémophiliques, dans des métrorrhagies, enfin pour des hématémèses. Il offre comme agent hémostatique les avantages suivants : possibilité de ne l'employer qu'à très petite dose, tolérance de son administration par l'estomac, bien plus que pour le tannin et l'acide gallique ; enfin, action plus rapide et plus sûre. Au point de vue pharmaceutique, il est facilement soluble dans l'eau comme dans l'alcool. H. R.

Zur medicamentöser Behandlung der Zuckerharnruhr (Traitement médicamenteux du diabète sucré), par FÜRBRINGER (*D. Arch. f. kl. Med.*, *p.* 469, 1878).

L'auteur a expérimenté l'influence médicamenteuse de diverses substances sur le diabète sucré, et plus particulièrement sur sa forme chronique. Ses recherches ont été faites dans le service de clinique du professeur Friedreich. Parmi ces diverses substances, il place en première ligne le salicylate de soude et l'acide phénique ; toutes deux ont diminué d'une façon durable la quantité de sucre éliminée par l'urine. La quinine, l'acide arsénieux, la pilocarpine et le benzoate de soude n'ont semblé exercer aucune action sur la quantité du sucre, pas plus que sur celle de l'urée. En revanche, il y a contre-indication complète à l'emploi de l'acide thymique, de la térébenthine, de la digitale, et du bromure de potassium. La digitale en particulier, non seulement augmente la glycosurie, mais encore elle accroît d'une manière funeste la proportion de l'urée. Le bromure de potassium, au contraire, en diminuant l'élimination de l'urée, et en altérant l'état général, paralyse en une certaine mesure les progrès de la glycosurie et de la polyurie. P. OULMONT.

Ueber die Resorption der Kalksalze (De la résorption des sels calcaires), par L. PERL (*Archiv für path. Anat. und Phys., t. LXXIV, p.* 54).

Il y a désaccord entre les chimistes et les médecins au sujet de ces sels : les premiers contestant la possibilité d'une action générale, les seconds tenant cette action comme suffisamment démontrée par les heureux effets de l'emploi prolongé du phosphate de chaux ou des eaux minérales calciques. Perl a cherché à résoudre le problème par des expériences, malheureusement peu nombreuses, vu leur difficulté. Il administre à une chienne en équilibre azoté, une quantité déterminée de chlorure de calcium très étendu, et analyse minutieusement les urines et les fèces. Nous n'entrerons pas dans le détail de ces expériences; il est cependant intéressant de signaler que le sel administré se décompose de façon à ce que le chlore apparaît dans l'urine et la chaux dans les fèces. A côté de ce fait d'un intérêt purement théorique il en est un autre plus important qui ressort clairement des expériences de Perl, c'est que dans les conditions de l'expérience, il y a une résorption, minime il est vrai, de sel de chaux. Ce qui coupe court à la discussion, donne tort aux chimistes et justifie l'emploi d'une médication de tout temps adoptée par les praticiens, surtout dans le rachitisme et la tuberculose. C. Z.

L'enteroclismo in un caso di occlusione intestinale (L'entéroclisme dans un cas d'occlusion intestinale), par CECCHERELLI (*Lo Sperimentale, novembre* 1878).

Giovanni C..., employé, âgé de 65 ans, présente, le 10 août 1878, tous les symptômes d'une occlusion intestinale : abattement, pâleur, douleur au niveau de l'ombilic, vomissements fécaloïdes, etc. Les purgatifs drastiques, l'huile de croton furent administrés sans résultat. Le 16, septième jour de la maladie, des lavements de tabac n'amenèrent aucune amélioration. Le 17, un vase contenant environ cinq litres de liquide, fut rempli d'eau et d'huile émulsionnée en proportions à peu près égales et placé à une certaine hauteur. Le malade fut couché sur le flanc droit, et après l'introduction dans le rectum du tube en communication avec le récipient, le robinet fut ouvert et trois litres et demi de liquide pénétrèrent dans l'intestin. Cette opération fut répétée quatre fois sans résultat; la cinquième fois les matières fécales furent expulsées en même temps que le liquide huileux, et les symptômes d'étranglement ne tardèrent pas à cesser. La cause de cet étranglement ne put être exactement déterminée : le malade avait une hernie inguinale gauche; suivant l'auteur, il s'agissait peut-être d'un étranglement herniaire interne. F. BALZER.

Note sur l'efficacité des bains froids dans le rhumatisme cérébral et dans le délire alcoolique aigu fébrile, par PÉRÉOL (*Soc. méd. des hôpitaux, Union médicale, 24 septembre* 1878).

Il s'agit d'une femme âgée de 27 ans, atteinte de rhumatisme articulaire aigu depuis 12 jours, chez laquelle les fluxions articulaires avaient notablement diminué, tandis que se déclaraient des accidents cérébraux graves : résolution complète, insensibilité à toute excitation, face pâle, lèvres violettes,

respiration stercoreuse, pouls imperceptible, extrémités froides, température très élevée (42° dans le vagin).

Un bain froid à 23° durant une demi-heure amena un abaissement de la température à 39°,7 en même temps que se manifestaient des tremblements fibrillaires des muscles, de l'opisthotonos, puis des mouvements convulsifs tenant à la fois du tétanos, de la chorée et de l'épilepsie. 4 autres bains furent donnés en l'espace de 18 heures. Le lendemain, la malade n'avait plus de délire; elle présentait quelques douleurs aux jointures, qui bientôt disparurent, mais elle conserva une agitation choréiforme très marquée, qui n'existe que dans les mouvements et non au repos; en même temps la parole était scandée, hésitante. 4 mois plus tard cet état nerveux persistait sans amélioration.

Dans deux autres cas les bains furent infructueux. L'auteur insiste sur la terreur et l'idée fixe de la mort que l'on observe chez les malades atteints de rhumatisme articulaire aigu. C'est un signe de grande valeur, et d'un pronostic fâcheux, qui, lorsqu'il s'accompagne d'une température élevée et de symptômes graves, doit faire redouter les complications cérébrales.

Dans un cas de *delirium tremens* avec température très élevée, deux bains froids donnés à 2 heures d'intervalle amenèrent l'assoupissement, l'abaissement de la température et la guérison complète.

Une potion avec 10 grammes de bromure de potassium avait été administrée en même temps. H. L.

Sur un nouvel emplâtre vésicant, par Guyot DANNECY (*Bull. de thérap., t. LXLVI, p.* 28).

L'auteur substitue le bicarbonate de soude ou le carbonate de soude effleuré au camphre, dont l'action contre les accidents causés par l'absorption de la cantharidine est fort infidèle; ce nouvel emplâtre donne, à ce qu'il paraît, les meilleurs résultats. TROISIER.

HYGIÈNE.

Die Verhandlungen einer Conferenz von Dirigenten preussischer Impf-Institute (Les débats d'une conférence de directeurs des Instituts de vaccination en Prusse), par SKRZECZKA (*Vierteljahrss. f. gericht. Med. u. œff. Sanit., nouv. série XXVIII, p.* 363, *avril* 1878).

La loi d'empire sur la vaccination (8 avril 1874) a prescrit la création, dans les diverses provinces prussiennes, d'Instituts de vaccination, à la tête desquels sont placés des médecins-directeurs. Le 6 et le 7 octobre 1877, une partie de ces directeurs se sont réunis à Berlin en confé-

rence privée pour discuter certaines questions intéressant leurs établissements.

Les débats ont porté sur le mode de fonctionnement des divers Instituts et sur leur approvisionnement continu en bon vaccin; sur le choix des vaccinifères; sur la manière de récolter le vaccin; sur les circonstances qui influent sur son efficacité, enfin sur le mode de l'expédier au loin.

Les Instituts de vaccination, érigés en vue de la régénération et de la production du vaccin, pratiquent durant les 6 mois d'été (mai à octobre) des vaccinations gratuites; ils sont dirigés par des fonctionnaires médicaux, nommés par l'État, c'est-à-dire par les médecins chargés des questions d'hygiène et de médecine légale.

A côté d'eux et leur faisant concurrence, se trouvent des médecins-vaccinateurs nommés par les communes qui, dans des séances publiques, vaccinent également gratuitement les enfants.

Afin d'avoir toujours à leur disposition une quantité de vaccin suffisante, la plupart des directeurs d'instituts ont été obligés de devenir médecins-vaccinateurs municipaux.

Relativement au choix des enfants vaccinifères, il y a unanimité à ne prendre aucun enfant au-dessous de 6 mois et à exclure les enfants illégitimes ainsi que ceux laissés en garde.

Tous les directeurs sont d'accord pour reconnaître que la régénération du vaccin n'est pas indispensable; cependant il est toujours bon, lorsque l'occasion s'en présente, de vacciner les enfants avec le cow-pox naturel, spontané.

Tous estiment impraticable l'usage de la vaccination animale à titre de méthode exclusive de vaccination. Le vaccin animal, bien que très efficace à la seconde génération, donne souvent des résultats infructueux, lorsqu'on vient de l'emprunter à la génisse; de plus, il n'est pas apte à être conservé, car, au bout de peu de jours, il a perdu ses qualités.

Le mode de récolte du vaccin n'offre rien de particulier à signaler.

La plupart des assistants conservent dans des tubes capillaires le vaccin à l'état de pureté, sans l'additionner d'aucune substance; ils n'ont pas d'ailleurs fait d'expériences comparatives.

L'Institut de Berlin fait seul exception à cet égard. Suivant la méthode de Müller, le feu directeur de l'établissement, on pratique un mélange de 1 partie de vaccin avec 2 de glycérine et autant d'eau distillée, puis on l'enferme dans des petits flacons de la contenance de quelques grammes, dont on scelle le bouchon avec de la cire à cacheter.

Lorsque le vaccin doit être conservé plusieurs mois, il est préférable de ne l'additionner d'abord que de glycérine; on y ajoute l'eau distillée, au moment de s'en servir. Du liquide vaccinal ainsi mélangé et conservé est encore parfaitement clair et bon au bout de 5 ans; de plus, ce mélange a l'avantage de quintupler la quantité de vaccin dont on peut disposer, sans en diminuer l'efficacité.

Tous les directeurs présents ont reconnu qu'un vieux vaccin qui ne donne à la première génération que des pustules languissantes, fournit à la deuxième génération des boutons parfaitement normaux, entourés d'une auréole inflammatoire bien développée.

On ne sait encore à peu près rien sur les circonstances extérieures capables d'altérer les qualités du vaccin. Une remarque généralement faite par les membres de la conférence, c'est qu'un excellent vaccin, expédié à l'époque des grandes chaleurs, donne parfois lieu à des plaintes de la part des destinataires.

Hoffmann, directeur de l'Institut de Glogau, a fait de nombreuses expériences qui montrent, comme celles d'Eulenberg, que les variations de l'ozone atmosphérique restent sans influence sur le liquide vaccinal; en revanche, le chlore en anéantit l'efficacité en quelques secondes.

Pour expédier le vaccin, les directeurs ont recours à divers procédés : le plus habituel consiste à placer les tubes dans un tuyau de plume fermé par un tampon d'ouate, puis à fixer ce tuyau aux côtés gauche ou inférieur d'une lettre, c'est-à-dire dans un endroit sur lequel on n'a pas l'habitude d'appliquer de timbre. Lorsqu'il s'agit de distances très grandes, ou bien ils remplissent de sable fin les intervalles du tuyau de plume, ou bien ils prennent des roseaux, des boîtes, des étuis à aiguilles, etc.

Les envois de vaccin de Cassel sont tous accompagnés d'un imprimé qui décrit la manière d'employer le vaccin et sollicite des renseignements sur le résultat des vaccinations. Ce papier est enroulé autour du tuyau de plume, auquel il forme une enveloppe résistante et le tout est placé dans une lettre. J. B.

Résultats des vaccinations animales pratiquées, par von FOLLER, à Berlin durant l'année 1877. Extrait du compte rendu annuel de la présidence de police (*Vierteljahrss. f. gericht. Med. u. œff. Sanit., nouv. série, XXIX, p.* 194).

Von Foller s'est servi uniquement, pour ses vaccinations, du vaccin animal qu'il étendait parfois de glycérine.

Voici les résultats obtenus :

A) *Vaccinations.* — Faites avec succès dans 89,7 0/0 des cas.

Sur les 404 vaccinés fructueusement :

56	n'ont eu que	1	bouton.
56	—	2	boutons.
63	—	3	—
69	—	4	—
77	—	5	—
83	en ont eu	6	—

B) *Revaccinations.* — Elles ont réussi dans 42,5 0/0 des cas.

Sur les 93 enfants revaccinés avec succès :

38	n'ont eu que	1	bouton.
16	—	2	boutons.
12	—	3	—
11	—	4	—
8	—	5	—
8	—	6	—

J. B.

The growth of Children (La croissance des enfants) par BOWDITCH
(*Annual report of the State Board of Health of Massachussets, Boston, 1877*).

En 1872, la Société des médecins de Boston entendit une première communication du docteur Bowditch au sujet de la croissance annuelle des garçons et des filles. Cette statistique, portant sur un nombre restreint de cas, avait conduit l'auteur aux conclusions suivantes :

1° La croissance des enfants est surtout rapide dans les premières années de la vie;

2° Jusqu'à douze ans, les garçons sont de 1 à 2 pouces plus grands que les filles en moyenne;

3° Vers douze ans et demi, les filles commencent à grandir plus vite que les garçons, et vers la quatorzième année, les dépassent de 1 pouce environ;

4° A quatorze ans et demi, les garçons à leur tour deviennent plus grands, les filles ayant vers cette époque presque atteint leur taille définitive, tandis que les jeunes gens continuent à croître rapidement jusqu'à la dix-neuvième année de leur âge.

Les tableaux statistiques et les courbes graphiques publiés en Belgique par Quételet n'étant pas conformes à ces résultats, la Société médicale de Boston fit faire des expériences sur une large échelle dans toutes les écoles de la ville et de l'arrondissement, et ce sont les résultats de cette enquête officielle qui sont consignés dans le mémoire que nous analysons.

Une pancarte indiquant le nom du sujet, son âge, sa taille, son poids, son lieu de naissance, la nationalité, la situation sociale et professionnelle de ses parents, fut envoyée dans toutes les écoles. De cette façon, on put apprécier l'influence du sexe, de l'âge et des différentes races sur l'accroissement des enfants soumis à cette investigation. Les statistiques relatives à l'influence des races ne portent que sur les chefs suivants : parents tous deux américains; — tous deux anglais; — tous deux irlandais; — tous deux allemands; — à la fois américains et appartenant à l'une quelconque des trois races précitées.

Les résultats de ces recherches sont inscrits dans une série de tableaux et de courbes graphiques fort instructifs. Les uns représentent la moyenne d'accroissement général des deux sexes, sans tenir compte de leur nationalité; les autres montrent l'accroissement des enfants de race purement américaine ou irlandaise, comparé aux courbes de Quételet, et aux statistiques anglaises recueillies à Manchester; d'autres, enfin, sont destinés à faire voir les différences qui résultent de la vie en plein air ou dans les villes, du travail manuel ou du travail intellectuel, etc. Des tableaux parallèles sont dressés pour apprécier le poids respectif des enfants, comparativement à leur taille, leur nationalité, leurs conditions sociales. Voici les conclusions qui ressortent de toutes ces statistiques :

1° La croissance des enfants se poursuit de telle sorte que, jusqu'à l'âge de onze ou douze ans, les garçons sont à la fois plus grands et plus lourds que les filles. A cette période de la vie, les filles grandissent très

vite et dépassent les garçons en poids et en grandeur; elles leur deviennent inférieures à leur tour, passé quatorze ou quinze ans. Cette loi est générale quelles que soient la race et la situation sociale;

2° Les enfants nés de parents américains sont (à Boston), plus grands et plus lourds que les enfants nés de parents étrangers; cette supériorité semble dépendre à la fois des conditions sociales meilleures, dans lesquelles vivent les enfants, et aussi des différences de race;

3° Pour la même raison, probablement, les enfants américains qui fréquentent les collèges de Boston et de l'État de Massachussets surpassent en taille et en poids les autres enfants américains qui travaillent aux écoles professionnelles;

4° Les élèves américains des écoles libérales sont également plus grands et plus lourds que les enfants anglais des classes dirigeantes, qui suivent les collèges et les universités : la différence de poids étant d'ailleurs plus considérable que la différence de taille;

5° La relation du poids à la taille, chez les enfants en voie de croissance, est ainsi formulée : au-dessous de 58 pouces, les garçons sont plus lourds que les filles en proportion de leur stature; au-dessus de 58 pouces, les résultats sont inverses.

Ces conclusions générales ne sauraient être comptées que comme des données provisoires, car, ainsi que le fait remarquer Bowditch, il faudrait pouvoir apprécier à la fois l'influence des conditions climatériques et géographiques sur la croissance des enfants, celle des saisons (si elle existe), la relation de la croissance avec l'état de santé ou de maladie, enfin, l'action des conditions hygiéniques. C'est là un programme très vaste que pourront à peine combler des statistiques multiples dressées sur tous les points du globe. RENDU.

De l'anémie des mineurs dite d'Anzin, par A. MANOUVRIEZ (de Valenciennes) (*In-8, Paris, 1878, J. B. Baillière édit.*).

De l'anémie et spécialement de l'anémie chez les mineurs, par Paul FABRE (*In-8, Paris, 1878, J. B. Baillière, édit.*)

L'anémie des mineurs a donné l'occasion à deux médecins distingués des bassins houilliers du Nord et de l'Allier d'exposer leur opinion sur cette question assez obscure, puisque le regretté professeur Lorain, en parlant de l'épidémie d'Anzin de 1803, s'exprimait ainsi : « Il est facile de voir qu'ici il y a eu épidémie rare, dont la cause véritable a été méconnue, et où l'anémie est survenue consécutivement. S'agissait-il d'un empoisonnement par des gaz délétères? Est-ce l'acide sulfhydrique, est-ce l'acide carbonique qui a produit cette intoxication ? Il serait téméraire de se prononcer à cet égard ».

Pour le Dr Manouvriez, l'anémie des mineurs d'Anzin n'est pas spéciale à ce pays. Elle y règne d'une façon endémique, en affectant une forme différente de celle de l'épidémie de 1803. Elle est en effet chronique d'emblée, et elle se caractérise par des phénomènes cachectiques avec peu ou point de troubles digestifs. Ces modifications dans les allures de la maladie sont, suivant l'auteur, en rapport avec les améliorations apportées aux travaux d'exploitation.

La cause de cette anémie est rapportée par l'auteur à l'absorption pulmonaire, cutanée et gastro-intestinale des divers dérivés de la houille : amylène, hexylène, benzine, phénol, aniline, etc. C'est à ce dernier produit, dont l'influence délétère a été si bien décrite par MM. Ollivier et Bergeron, que revient le rôle principal dans le développement des accidents morbides.

Cette anémie présente, d'ailleurs, deux modalités cliniques distinctes, savoir : 1° une *forme abdominale*, type aigu, à invasion brusque ; type chronique, à invasion insidieuse ; 2° une *forme cachectique*, essentiellement chronique, avec peu ou pas de troubles digestifs ; comme nous l'avons déjà dit, c'est cette seconde forme qui prédomine depuis 1830.

Au chapitre consacré à l'anatomie pathologique, l'auteur signale avec insistance, outre les *lésions atrophiques de tous les organes*, « un état spécial du foie dont la description concordante des observations se rapporte évidemment à ce que l'on désigne aujourd'hui sous le nom de dégénérescence graisseuse du foie ».

Le Dr Paul Fabre, qui observe depuis quelques années déjà les cas d'anémie survenant chez les mineurs de l'Allier, est arrivé à des conclusions opposées en grande partie à celles du Dr Manouvriez. Suivant M. Paul Fabre, toutes les variétés d'anémie peuvent être observées chez les mineurs, leurs symptômes se rattachant toujours à l'anémie globulaire. Dans l'épidémie d'Anzin, il s'agissait d'une anémie secondaire consécutive à un empoisonnement. M. Fabre qui, dans ses recherches, s'est servi du compte-globules Malassez, admet d'ailleurs une *anémie fonctionnelle*. Celle-ci présente les symptômes habituels de l'anémie, avec des troubles digestifs en plus, les bruits de souffle et la décoloration des muqueuses en moins. Il a constaté que le chiffre des globules n'était pas, en général, inférieur à la moyenne physiologique, mais que les globules étaient modifiés dans leurs dimensions et leur coloration. Cette anémie fonctionnelle est due à l'action morbifique d'un air confiné et vicié qui ne fournit plus aux globules la quantité d'oxygène nécessaire aux combustions organiques. Quant à l'hypoglobulie vraie, que M. Paul Fabre appelle encore anémie globulaire essentielle, elle est relativement rare aujourd'hui chez les mineurs. E. RICKLIN.

Des poussières organisées tenues en suspension dans l'atmosphère. Note de P. MIQUEL (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 24 *juin* 1878).

Les travaux de Pasteur, Robin, Maddox et Cunningham ont donné une idée générale de la multitude des germes qui flottent autour de nous. Les recherches de M. P. Miquel lui ont cependant montré que les évaluations faites par les docteurs Maddox et Cunningham sont très inférieures à la réalité : par l'emploi d'un appareil perfectionné, lui permettant de mesurer le volume d'air, qui, soumis à l'aspiration, déposait en passant une partie de ses germes sur une lame mouillée de glycérine. M. Miquel a constaté que le nombre de cellules organisées recueillies par ce procédé peut varier de 500 à 120,000 par mètre cube d'air. Il ajoute, comme conclusions générales, que : 1° le chiffre moyen de ces microbes, faible en hiver, augmente rapidement au printemps, reste à

peu près stationnaire en été, et diminue en automne; 2° la pluie provoque toujours la recrudescence de ces mêmes microbes. M. DUVAL.

Bedeutung des Kalks in Trink und Mineralwassern (Importance de la chaux dans les eaux potables et minérales), par C. AMSLER (de Wildegg) (*Corr.-Bl., f. schweiz. Aerzte, n° 13, p. 391, 1er juillet 1878*).

Une partie des théories qui s'efforcent d'élucider le mode de production du goître incriminent les eaux potables, notamment leur crudité, leur teneur considérable en sels calcaires. Mais, sauf erreur, personne jusqu'ici n'avait eu l'idée de chercher la cause de cette endémie, dans une qualité contraire des eaux, c'est-à-dire dans leur pénurie de chaux. C'est pourtant ce que vient de faire Amsler. Son opinion, de prime-abord, paraît paradoxale ; mais comme cette question de pathogénie est des plus obscures, et que l'auteur apporte à l'appui un fait d'observation, dont le contrôle est praticable, il y a quelque intérêt à reproduire sa manière de voir, ne serait-ce que pour la soumettre à la discussion.

Amsler exerce la médecine en Suisse dans le canton d'Argovie qui s'étend entre les Alpes et le Jura. Dans cette dernière chaîne, c'est le calcaire qui prédomine; en revanche, les vallées jurassiennes étroites et profondes, sont occupées par des dépôts diluviens et par des cailloux roulés de provenance alpestre, couches dans lesquelles la chaux est rare ou manque entièrement. Dans la grande vallée de l'Aar, le goître est extrêmement peu répandu parmi les habitants des localités qui reposent sur un sol rocheux et qui reçoivent leur eau des pentes du Jura. Tout à côté de ces villages indemnes, il en est d'autres où l'hypertrophie thyroïdienne est très commune : ce sont ceux bâtis sur un terrain diluvien et tirant de puits l'eau qu'ils consomment. Or, ici, les deux populations, celle du sol calcaire et celle du sol diluvien, se trouvent dans des conditions hygiéniques absolument identiques, à part les eaux potables.

On pourrait objecter que l'hérédité doit jouer un rôle essentiel dans la transmission du goître chez des villageois qui se marient généralement entre eux. A cela Amsler répond:

Au milieu d'une plaine de terrain diluvien, s'élève, complètement isolé sur des roches de grès, le château de Lenzbourg, qui est transformé en un pensionnat recevant des jeunes gens étrangers à la contrée, notamment des Français. L'eau potable, très pure, est fournie par un puits creusé profondément dans le roc. Nonobstant les excellentes conditions d'hygiène dans lesquelles sont les élèves, tous les médecins de l'établissement ont remarqué, chez la majorité, une prédisposition très marquée au goître.

Amsler, d'ailleurs, a analysé comparativement l'eau des sources descendant des flancs du Jura et celle des puits forés à travers les couches de diluvium et de grès. Tandis que dans les premières la proportion de carbonate de chaux oscillait de 0,232 à 0,285 par litre, elle n'était plus dans autres que de 0,183 à 0,192; en particulier le puits du château de Lenzbourg n'en renfermait que 0,187.

L'examen de la carte du canton d'Argovie, dressée par Michaelis,

montre aussi que le crétinisme règne principalement sur le diluvium et les moraines, et qu'il atteint aussi bien les populations aisées que les autres ; que dans les mêmes localités, à côté des crétins on rencontre de nombreux goîtreux. J. B,

Nascentoxygen as a disinfectant and deodorant, par J. DAY (*Med. Times and Gaz.*, *p.* 193, 17 *août* 1878).

L'auteur fait d'abord remarquer que l'air pur et frais est le meilleur désinfectant connu, et que ses propriétés désinfectantes dépendent de l'oxygène qu'il contient. L'oxygène atmosphérique ne suffit pas toujours cependant, et il serait avantageux de trouver un moyen efficace et économique à la fois de se procurer de l'oxygène en quantité suffisante et surtout à l'état naissant : sous cette forme son action est plus énergique. Au mois de novembre 1869, l'auteur démontra devant la Société médicale de Victoria que la kérosine, la gasoline, la benzine, l'eucalyptus, plusieurs huiles essentielles, les huiles de lin, d'olive et d'amandes douces, toutes les graisses animales et un grand nombre d'autres composés hydrocarbonés absorbent l'oxygène atmosphérique et le convertissent en peroxyde d'hydrogène. Ce corps se décompose rapidement au contact du sang et surtout du pus et l'oxygène s'en dégage à l'état naissant. Les bandages et pièces de pansement trempés dans la solution suivante : essence de térébenthine 1 p., benzine 7 p., huile essentielle de verveine 5 gouttes par once de la solution, absorbent rapidement l'oxygène atmosphérique et le retiennent sous forme de peroxyde d'hydrogène pendant des mois. Les linges doivent être séchés lentement et à l'air libre. Le peroxyde d'hydrogène décompose rapidement l'iodure de potassium, propriété que l'on peut utiliser, lorsqu'on veut employer l'iode pour la guérison ou la désinfection des plaies. J. B. H.

De la fabrication des brosses à la maison centrale de Gaillon, par A. HUREL Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle (*Annales d'hygiène publique et de méd. légale*, 2e *série XLIX*, *p.* 445, *mai* 1878).

Le travail du médecin en chef de Gaillon entre dans des détails très intéressants sur la fabrication des brosses et sur les inconvénients sanitaires auxquels donnent lieu les diverses opérations dont elle se compose. Angines et bronchites sont fréquentes chez les détenus brossiers qui se trouvent exposés à l'inspiration de poussières animales, végétales ou minérales. En revanche, contrairement à Hirt, Hurel n'a pas remarqué que la phthisie fût plus commune chez les brossiers que chez les autres détenus et, à l'appui de son assertion, il fournit un tableau des décès par tuberculose pulmonaire, survenus durant une période septennale, parmi les différentes professions représentées dans la maison centrale.

Malgré le maniement des crins, Hurel n'a observé aucun fait de charbon ; l'emploi de la litharge comme substance tinctoriale n'a jamais occasionné d'accidents saturnins.

Toutefois, le médecin de Gaillon signale, pour la première fois, des

lésions spéciales des mains chez les détenus qui travaillent les soies mouillées :

Après avoir subi un lavage à l'eau ordinaire, les soies de porc égouttées sont soumises à un premier peignage qui a pour but d'enlever les soies trop courtes et les détritus épidermiques qui adhèrent aux soies brutes. Le peignage consiste à prendre une poignée de soies, à la maintenir, au moyen du pouce, à plat dans la paume de la main droite ; puis à la faire passer à travers un peigne à dents en fer, fixé dans un établi, et à retirer avec la main gauche les soies trop courtes qui s'échappent à travers les dents du peigne.

Si l'ouvrier projette la main un peu trop en avant, il s'excorie les doigts, ce qui arrive d'autant plus facilement que la peau des mains est ramollie par l'humidité des soies. Les détenus occupés à ce travail offrent tous une rougeur très accentuée des doigts et de la paume, souvent avec léger gonflement ; à un degré plus avancé, on observe une exsudation spéciale, caractéristique, ne rougissant pas le papier de tournesol et reparaissant au bout de quelques minutes chaque fois que l'on essuie les mains avec un linge. On voit alors perler de chaque pore de petites gouttelettes d'eau analogues à celles de la sueur, et bientôt la face interne des mains se trouve mouillée comme si on l'avait trempée dans l'eau ; les accidents sont plus intenses l'été que l'hiver ; Hurel est parvenu à les atténuer à l'aide d'une décoction saturée de tan.

Les piqûres, excoriations avec le peigne, occasionnent assez souvent des tournioles.

D'ailleurs, certains détenus nuisent encore à leur santé par de funestes habitudes ; c'est ainsi que les vernisseurs de brosses boivent le vernis qu'ils ont soin de distiller au moyen de mie de pain placée dans un morceau de drap, qui retient la gomme laque.

En terminant, Hurel indique un ensemble de mesures prophylactiques et d'améliorations dont l'introduction lui paraît désirable dans les ateliers de la maison centrale de Gaillon qui occupe, à la fabrication des brosses, en moyenne 200 prisonniers. J. B.

Le service sanitaire de Lyon, son organisation médicale et ses résultats pratiques, par GARIN (*Lyon médical*, 1878).

Le mémoire de Garin est un travail fort intéressant d'hygiène publique. Il renferme un exposé clair et complet de l'état du service sanitaire, tel qu'il a fonctionné à Lyon de 1867 à 1878. Après en avoir tracé le tableau, l'auteur signale lui-même un grand nombre de desiderata dont les principaux sont les suivants :

1° Recherche très active des filles clandestines et augmentation du nombre des maisons de tolérance ;

2° Séparation du service sanitaire de la police de sûreté, et rattachement direct de ce service au conseil d'hygiène ou à l'administration municipale ;

3° Nomination des médecins sanitaires par voie de concours, ou sur la présentation d'un corps compétent ;

4° Nécessité d'une loi générale sur la prostitution publique et sur la surveillance tant administrative que médicale qu'elle comporte.

H. DANLOS.

D'une nouvelle maladie professionnelle causée par le plomb, par PROUST (*Bulletin de l'Ac. de médecine, 2e série, t. VII, n° 19*).

D'après l'auteur, il existe, dans l'industrie des polisseurs de camées, une cause constante d'intoxication saturnine. Cette cause est rendue plus puissante, lorsque le polisseur, non content du procédé habituel, humecte le cylindre de plomb au moyen d'un acide, système qui doit rendre le travail plus rapide et plus lucratif, et donner à son œuvre un poli plus parfait.

M. Proust propose de remplacer le cylindre de plomb par un cylindre de cuivre. Le prix de revient serait, il est vrai, un peu plus élevé. Mais cette substitution aurait l'avantage incontestable de mettre les ouvriers à l'abri d'une cause réelle d'intoxication. GASTON DECAISNE.

Ueber eine moderne Erkrankung der unteren Extremitäten (D'une affection moderne des extrémités inférieures), par KRAUSSOLD (*Centralbl. f. Chir., n° 33, 1878*).

Dans cette note, qui a des prétentions plus ou moins justifiées à l'esprit, Kraussold décrit une affection observée chez des femmes, par suite de l'abus de chaussures à talons trop élevés. Ce sont des contractures douloureuses, non seulement des muscles de la jambe, mais encore des fléchisseurs du genou, biceps, demi-membraneux et demi-tendineux. Le pied étant maintenu par le fait de la chaussure dans un certain degré d'extension, l'équilibre ne peut être conservé qu'au prix d'une flexion compensatrice du genou et de la hanche.

L'auteur ne semble avoir aucune connaissance des travaux publiés avant lui, notamment de celui d'Onimus. (*R. S. M.*, VI, 125.) H. THORENS.

Beitrag zur Frage der Typhus-Infection, par GONTERMANN (de Halver) (*Berlin. klin. Wochens., n° 43, p. 635, 22 octobre 1877*).

Le 18 août 1876, l'auteur est appelé auprès d'un homme de 28 ans, ayant, depuis une semaine, une fièvre typhoïde à forme thoracique. Ce malade habitait un moulin situé sur un ruisseau large de 6 pieds, profond de 2, faisant des circuits nombreux et présentant un cours très lent, sans pente bien marquée. Les déjections du malade étaient jetées dans un étang en communication directe avec le ruisseau. Le 13 septembre, l'homme du moulin pouvait être considéré comme guéri, sans avoir jamais eu une diarrhée très intense.

Le 28 septembre, son frère cadet, qui l'avait exclusivement soigné, fut pris à son tour de fièvre typhoïde. Il eut des selles très nombreuses et extrêmement fétides qui durèrent jusqu'au milieu d'octobre. A partir de cette époque, les garde-robes redevinrent normales et la fièvre disparut. Les matières de ce second malade avaient été vidées régulièrement dans l'étang comme celles du premier.

Le 25 octobre, dans l'espace de 3 jours, après de courts prodromes, les 4 ouvriers de deux forges situées à un mille en aval du moulin, présentaient les symptômes caractéristiques de la dothiénentérie.

L'auteur, frappé de l'apparition de cette sorte d'épidémie, s'enquit de son origine. Il apprit que tous ces ouvriers buvaient seulement de l'eau du ruisseau ci-dessus mentionné, n'ayant pas de source dans le voisinage.

Quelques jours plus tard, un robuste paysan fut atteint de fièvre typhoïde à forme cérébrale grave. Il avait travaillé en septembre et en octobre dans une prairie voisine et bu également de l'eau du ruisseau.

Depuis fort longtemps, on n'avait vu dans les environs de cas de fièvre typhoïde. J. B.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Maladies du système nerveux.

A. — *Maladies de l'encéphale.*

I. — On some symptoms of organic Brain disease (De quelques symptômes des affections organiques du cerveau), par R. GOWERS (*Brain, t. I, p.* 48, 1878).

II. — Observation de tumeur cérébrale; symptômes simulant l'hystérie, par Hugues BENNETT (*Brain, t. I, p.* 114, 1878).

III. — On a case of intracranial sarcoma, par HULKE (*Med. Times and Gaz., t. I, p.* 58, 1877).

I. — A) *Paralysie subite dans le cours des tumeurs cérébrales.*

Cet accident, qui n'a pas été suffisamment étudié, se rencontre cliniquement dans des circonstances différentes. Tantôt la paralysie est précédée de convulsions, auquel cas elle est généralement passagère; tantôt elle survient d'emblée, sans phénomènes convulsifs. Les conditions pathogéniques de ces paralysies soudaines sont les suivantes : ou bien une hémorrhagie se faisant dans la tumeur ou en dehors d'elle, ou bien un ramollissement dû à une lésion vasculaire locale ou éloignée, ou encore consécutive à une modification de la pression sanguine. Les hémorrhagies sont très rares : par contre, les lésions artérielles, l'endartérite, sont très communes et deviennent presque toujours la cause de la paralysie soudaine.

L'auteur rapporte à l'appui l'histoire d'un homme de 35 ans, atteint, 15 ans auparavant, de syphilis; 11 ans après l'accident primitif survint une première attaque de vertige, avec perte de connaissance, sans convulsions : puis une céphalée tenace, suivie d'une attaque épileptiforme, qui laissa une parésie du côté droit et un affaiblissement graduel de la vue. Tous ces accidents disparurent sous l'influence du traitement ioduré, sauf la céphalée. — Une nou-

velle attaque survint 2 ans plus tard, avec incontinence d'urine ; mais elle guérit encore. Enfin, un jour, tout à coup le malade devint somnolent et sans convulsions antécédentes, se sentit paralysé du bras, de la jambe, et dans l'impossibilité de parler et de mouvoir la langue. A cette paralysie soudaine succédèrent des convulsions violentes qui emportèrent le malade.

L'autopsie fit voir deux petites tumeurs situées sur chaque hémisphère. Celle de l'hémisphère droit avait le volume d'une cerise et se trouvait située à la partie inférieure du lobe pariétal, au niveau du gyrus supra-marginal, au-dessous de la lèvre postérieure de la scissure sylvienne. Celle de l'hémisphère gauche avait la grosseur d'une noisette et siégeait à la partie interne du lobe frontal. Elle atteignait la substance grise de la circonvolution de l'ourlet, mais en réalité occupait presque exclusivement la substance blanche, laquelle était vascularisée et ramollie. Les 2/3 antérieurs du ventricule étaient dans un état de ramollissement blanc complet. Or, en examinant les vaisseaux de la base du crâne, on reconnut la présence d'une endartérite noueuse qui, au niveau de la sylvienne gauche, oblitérait complètement la branche de bifurcation se dirigeant vers l'hémisphère à la partie antérieure. L'auteur regarde l'anémie soudaine due à la thrombose artérielle comme la cause de la paralysie subite observée dans le cours de la maladie.

Quelquefois, les néoplasies encéphaliques donnent lieu à des paralysies soudaines, que n'explique en aucune façon l'autopsie. L'auteur rapporte longuement l'histoire d'une femme de 53 ans qui devint hémiplégique et finit par succomber. A l'autopsie, on trouva deux tumeurs, l'une, au niveau du pédoncule cérébral droit, l'autre occupant la majeure partie du corps calleux. Rien dans les vaisseaux ne pouvait rendre compte de la soudaineté des accidents. Une autre observation a trait à un gliome de l'hémisphère gauche, voisin du ventricule latéral et envahissant presque tout le lobe pariétal ; la paralysie fut également instantanée. En pareil cas, la paralysie peut être assimilée à une convulsion, seulement, au lieu d'une excitation motrice, c'est une suspension immédiate de l'action nerveuse des centres qui survient. Telle est l'interprétation que semble admettre Brown-Séquard.

B) *Légère incoordination dans les maladies de la couche optique.*

De nombreuses observations attestent la présence des symptômes spasmodiques dans les affections de la couche optique. Tantôt les convulsions sont spontanées (athétose), tantôt elles ne se montrent qu'à propos des mouvements (légère incoordination). D'après Charcot, il y aurait toujours en ce cas lésion du pied de la capsule interne ; cependant voici une observation où elle siégeait au milieu de la couche optique, sans contact avec la capsule. (*Voir* un cas semblable dans *Med. chir. Trans.*, 1876.)

Une femme de 41 ans est frappée subitement d'hémiplégie droite, à la suite d'un violent mal de tête : la parole est peu altérée. Six mois après, lors de son admission, elle était encore très faible, sa main était vacillante, et les mouvements de ses doigts s'exécutaient avec beaucoup d'irrégularité : il y avait incoordination manifeste. — Au bout de quelques semaines, elle commençait à reprendre des forces, lorsqu'elle fut foudroyée par une seconde attaque.

L'autopsie fit voir un foyer hémorrhagique dans la protubérance, cause

de la mort. — Quant à la lésion, elle siégeait dans la couche optique gauche: on y trouva un foyer ocreux, gros comme la moitié d'une noix, qui se terminait juste en affleurant les faisceaux blancs de la capsule interne. L'auteur admet que cette dernière n'était nullement lésée, et que l'incoordination motrice était la conséquence de la lésion de la couche optique elle-même. Il regarde ce ganglion cérébral comme étant à la fois un centre sensitif et un centre réflexe.

II. — Le cas de Bennett concerne l'histoire d'une jeune fille de 16 ans, née d'un père maniaque, ayant toujours eu une prédisposition nerveuse très accentuée, et d'une précocité peu commune. Réglée à 11 ans, d'un caractère quinteux et inégal, elle fut renvoyée de plusieurs pensions, et elle avait la réputation d'une jeune fille fantasque et capricieuse. En octobre 1875, au milieu d'une parfaite santé apparente, elle se plaignit tout d'un coup d'être devenue aveugle. On crut à de la simulation, d'autant plus que quelques jours après, la vue revint dans son intégrité. En décembre, nouvel accès de cécité accompagnée de surdité pendant plusieurs semaines : l'ouïe revint, mais non la vue. On considéra le fait comme un exemple d'amblyopie hystérique. En février 1876, elle commença à éprouver de la difficulté à marcher, et une faiblesse progressive des membres inférieurs. Le 1er avril, elle était dans l'état suivant :

Apparence d'une santé florissante et d'un développement physique complet. La malade se plaignait de n'y voir absolument plus : les pupilles étaient larges, mais le fond de l'œil tout à fait normal : la surdité, d'après son dire, était également totale; pourtant à certains jours elle entendait parfaitement. Les jambes étaient fortes et bien musclées, malgré la faiblesse qu'accusait la patiente. Au repos, la motilité et la sensibilité paraissaient normales : il y avait seulement un peu d'hypéresthésie cutanée au niveau des jambes. Tous ces symptômes étaient si peu prononcés, que l'auteur les regarda comme des troubles nerveux fonctionnels exagérés par la masturbation.

Toutefois aucune amélioration ne se produisit dans l'état général : des attaques hystériformes survinrent de plus en plus fréquentes ; les troubles de l'ouïe et de la vue se manifestèrent de nouveau. Le 25 avril, la malade passa la nuit dans un état d'agitation extrême, avec une excitation cérébrale qui, les jours suivants, devint du délire. L'appétit se perdit, le pouls s'éleva à 140 : le 1er mai, elle perdit connaissance et mourut dans le coma cinq jours plus tard.

Autopsie. — Congestion extrême des méninges et des vaisseaux du cerveau. Tumeur cérébrale occupant l'hémisphère droit, grosse comme un œuf de poule, d'apparence lobulée, de consistance molle, très riche en vaisseaux. Elle occupait la substance médullaire du lobe moyen au-dessous du ventricule latéral et touchait presque à l'épendyme.

L'auteur insiste sur deux points particuliers de cette observation : 1° les symptômes irréguliers de compression de la tumeur, portant de préférence sur les sens de l'ouïe et de la vue ; 2° la coexistence de symptômes hystériques, qui presque jusqu'à la fin avaient masqué la lésion organique du cerveau.

III. — Un homme de 39 ans, ayant eu la syphilis, se plaint d'un trouble de la vue, qui consiste en une diplopie incomplète dépendant d'une paralysie du muscle droit externe, et à un moindre degré des muscles droits supérieur et inférieur. On constate en outre une chute de la paupière peu marquée, du rétrécissement pupillaire et une anesthésie du tact du côté gauche de la face, surtout dans les régions correspondantes aux branches supérieure et moyenne de la cinquième paire, avec fourmillements et sensation d'engourdissement. La sensibilité tactile et gustative est supprimée sur presque

toute la langue. Les muscles temporal et masséter sont atrophiés, contractés et agissent difficilement.

Le traitement ioduré fut employé sans succès; l'hypoglosse sembla se paralyser, et une exophthalmie manifeste se produisit; le facial gauche restait toutefois indemne. Un peu plus tard, la vue diminua, la pupille était alors congestionnée, puis survint une ophthalmie avec trouble de la cornée. Enfin, des troubles de la déglutition, une perte complète du goût vinrent indiquer la participation du pneumo-gastrique et du glosso-pharyngien.

A l'autopsie, on trouva un sarcome qui paraissait avoir son point d'origine dans le rocher; il avait détruit le ganglion de Gasser, les nerfs des 3e, 4e et 5e paires; il pénétrait dans l'orbite et la fosse zygomatique. La tumeur proéminait dans les fosses cérébrales antérieure et moyenne et avait détruit les portions correspondantes du cerveau. La circonvolution frontale inférieure et en particulier sa partie postérieure étaient intéressées, et cependant il n'y avait pas eu d'aphasie.

RENDU et G. HOMOLLE.

Scrofulous tumour of cerebrum (Tumeur scrofuleuse du cerveau), par Robert Samuels ARCHER (*The Dublin Journ. of med. sc., p.* 436, *nov.* 1878).

Enfant de 11 ans, anémique, atteinte de coxalgie depuis deux années. Développement progressif d'une céphalée persistante, puis, convulsions générales épileptiformes se répétant à deux reprises différentes, et aboutissant à du coma, sans paralysie aucune, et sans phénomènes spasmodiques localisés.

A l'autopsie on trouva dans le lobe frontal gauche une tumeur formée par l'agglomération de petits noyaux durs, tuberculeux. Elle occupait la substance blanche et proéminait à l'extérieur au niveau des circonvolutions frontales supérieure et moyenne. En ce point, la dure-mère adhérait à la tumeur.

L'auteur s'étonne de n'avoir pas constaté cliniquement certains des symptômes observés par Ferrier dans ses expériences sur les singes. Ce serait en effet vers ce point que devrait exister le centre du mouvement des paupières, de la pupille, celui de la torsion de la tête. Ces conclusions ne nous paraissent pas absolument rigoureuses, car il n'y a que la frontale et la pariétale ascendantes qui réellement fassent partie de la région motrice : la première et la seconde frontale rentrent dans les territoires latents de l'encéphale.

H. RENDU.

B. — *Affections de la protubérance.*

I. — Quelques cas d'hémianesthésie de cause mésocéphalique, par FEUILLET (*Thèse de Paris*, 1877).

II. — De la paralysie du moteur oculaire externe avec déviation conjuguée (Paralysie centrale par lésion du noyau de la sixième paire), par Gaston GRAUX (*Thèse de Paris*, 1878).

III. — Syphilitic disease of the Pons Varolii (Syphilome de la protubérance), par E. DUNCAN (*Brit. med. Journ., p.* 518, *avril* 1877).

IV. — Paralysie complète du nerf moteur oculaire commun du côté droit : hémiplégie incomplète à gauche, par ARCHAMBAULT (*Progrès médic., 22 septembre* 1877).

V. — Zwangsbewegung nach rückwärts bei einem median gelegenen Ponstuberkel (Tendance au recul chez un sujet atteint d'un tubercule de la région médiane de la protubérance), par Franz PENZOLDT (*Berlin. kl. Woch.*, n° 38, *p.* 546, 1876).

VI. — Tumour of the left side of the Pons, involvement of the fever of Heat centre), par F. LAUTENBACH (*Philadelphia medic. Times, oct.* 1876).

VII. — Beitrag zur Casuistik der Gehirngeschwulste, par A. VŒLKEL (*Berlin. klin. Woch., nov.* 1875, *p.* 611).

I. — M. Feuillet rapporte une observation dont voici la substance :

Il s'agit d'un homme qui, à la suite de céphalagie de la région occipitale droite, persistant pendant 15 jours, éprouva une sensation particulière dans tout le côté droit, et se sentit dans l'impossibilité de marcher. Un examen attentif permit de constater la paralysie flaccide du bras et de la jambe droite, avec rotation de la tête à droite. L'hémianesthésie était complète. Au bout de 3 à 4 semaines le malade recouvra l'usage de son membre supérieur, puis de l'inférieur, mais la sensibilité n'était revenue qu'incomplètement.

Examiné de nouveau deux ans après l'accident, le malade présentait les symptômes suivants : acuité de la vision égale des deux côtés, conjonctive et cornée moins sensibles à droite, ouïe également conservée des deux côtés ainsi que l'olfaction, mais la sensibilité de la pituitaire est très diminuée. Anesthésie presque totale de la moitié droite de la langue. Sensibilité gustative retardée.

Analgésie complète de tout le côté droit. Anesthésie absolue sur le cou, la face et l'occiput. Sur le reste du corps sensibilité très altérée. Même résultat pour la thermesthésie.

A la face on trouve une légère traction à droite de la lèvre inférieure, l'ouverture palpébrale du côté gauche est un peu moins large au repos que du côté droit, plus large quand les orbiculaires se contractent.

Les muscles oculo-pupillaires gauches sont plus paresseux que les droits.

La nutrition, du côté anesthésié, paraît intacte; pas d'atrophie musculaire, pas de sueurs, mais la température examinée aux membres supérieur et inférieur des deux côtés, était notablement moindre à droite qu'à gauche.

Le diagnostic porté dans ce cas était celui de lésion mésocéphalique.

L'auteur rapporte six autres observations d'hémianesthésie en cas de lésions protubérantielles ou pédonculaires.

Il se borne à en tirer les conclusions suivantes :

Certaines lésions de la protubérance et des pédoncules peuvent produire l'hémianesthésie.

Il y a hémianesthésie réelle et complète au point de vue du siège et de l'intensité. Elle siège sur tout le côté du corps opposé à la lésion, à la face comme aux membres.

L'hémianesthésie mésocéphalique est spéciale au point de vue des troubles des sens. La vue et l'olfaction sont toujours intactes, le goût et l'audition peuvent rester intacts ou être complètement perdus.

II. —Il existe une forme de paralysie de la sixième paire, qui, au lieu de rester localisée à un seul œil, s'accompagne de déviation conjuguée; ainsi, par exemple, s'il existe une inaction fonctionnelle du muscle droit externe, on constate cliniquement une inaction simultanée du muscle droit interne de l'autre œil. Cette variété peu étudiée jusqu'à

ce jour, vient d'être l'objet d'un travail approfondi et plein d'aperçus nouveaux de la part du docteur Graux, qui a cherché à mettre en relief sa valeur symptomatique au point de vue de localisations protubérantielles.

Il résulte en effet de cette déviation associée une apparence tout à fait spéciale qu'on ne saurait méconnaître. Au lieu d'un strabisme convergent simple, correspondant à la paralysie habituelle du nerf, le malade présente un strabisme conjugué, c'est-à-dire convergent d'un côté, divergent de l'autre. Or, à ces variétés symptomatiques distinctes répondent des lésions anatomiques dissemblables. La paralysie du moteur oculaire externe, avec strabisme convergent d'un seul œil, ne se voit que dans le cas d'altérations périphériques du nerf: au contraire, la paralysie avec déviation conjuguée s'observe seulement, lorsque le noyau d'origine de la sixième paire est lésé. Ce signe donne donc la certitude d'une altération limitée de la protubérance au niveau du point d'émergence de la 6e paire, il permet d'établir un diagnostic anatomique d'une rigueur presque mathématique.

Après avoir rappelé l'historique de la question, et montré la part des médecins français dans l'analyse de ce symptôme (Andral, Foville, Millard, Gubler, Desnos, Feréol, Luys, etc.), l'auteur rapporte en détail huit observations dans lesquelles la paralysie conjuguée du muscle droit externe avait été l'un des signes prépondérants d'une affection de la protubérance. De ces faits ressort, au point de vue clinique, la symptomatologie des troubles oculaires d'origine protubérantielle, qui n'est pas toujours absolument identique. Ainsi, le plus souvent, il y a paralysie du muscle droit externe d'un œil avec inaction conjuguée du muscle droit interne de l'autre œil. Mais les choses ne se passent pas constamment avec cette netteté. Il arrive que cette paralysie du muscle droit interne n'est pas absolue; elle apparaît et disparaît momentanément, suivant que ce muscle se contracte synergiquement avec un des autres muscles de l'autre œil (par exemple le droit supérieur ou le droit inférieur). Ainsi, le muscle droit interne est paralysé dans la vision binoculaire à distance, parce que dans ce cas il agit avec son congénère le droit externe, lui-même paralysé; au contraire il retrouve son action si on le fait se contracter avec son homonyme le droit interne de l'autre œil qui est sain, ce qui se produit dans la vision binoculaire rapprochée.

Ce symptôme, d'une constatation souvent assez délicate, permet d'affirmer d'une façon précise que le noyau de la 6e paire est intéressé, car on ne l'a observé que dans les cas de lésions protubérantielles, et inversement les paralysies périphériques de la 6e paire ne s'accompagnent jamais de la paralysie du droit interne de l'œil sain.

On peut déduire de ce double ordre de preuves cliniques et anatomiques la conclusion suivante, à savoir: qu'il existe sur le plancher du 4e ventricule un point (noyau de la 6e paire, *eminentia teres*) qui se trouve au niveau de l'étage supérieur de la protubérance, tout près du bulbe, et qui, lorsqu'il est lésé, donne naissance à la déviation oculaire conjuguée précédemment décrite.

M. Graux a été plus loin, et dans une seconde partie, il a cherché à interpréter physiologiquement cette déviation synergique de l'autre œil.

Or, il semble évident qu'en pareil cas il existe simultanément une paralysie du droit interne d'un œil et du droit externe de l'autre œil.— Comment une lésion unique peut-elle intéresser le système moteur des deux yeux? On a successivement invoqué l'habitude d'association fonctionnelle des deux globes oculaires, l'énergie plus grande de l'un des yeux, la possibilité d'un spasme du droit interne coïncidant avec la paralysie du droit externe de l'autre œil; mais toutes ces explications paraissent peu satisfaisantes. Pour M. Graux, l'interprétation de ces faits serait donnée par les deux hypothèses anatomiques et physiologiques suivantes:

1° Le noyau d'origine de la 6e paire ne fournit pas seulement le nerf moteur oculaire externe destiné au droit externe du même côté : il fournit encore un filet au muscle droit interne de l'œil du côté opposé ;

2° Le muscle droit interne n'est pas seulement innervé par le filet fourni par la 3e paire ; il est de plus sous l'influence de la 6e paire.

Dans une dernière partie de son travail, M. Graux a cherché à vérifier anatomiquement et physiologiquement ces deux hypothèses, et voici les conclusions auxquelles il est arrivé:

1° Au point de vue anatomique, il existe un faisceau de fibres nerveuses longitudinales, étendues sous le plancher du 4e ventricule, du noyau de la 6e paire d'un côté au noyau de la 3e paire du côté opposé. Ce faisceau est particulièrement net chez le chat, et par analogie, on peut en considérer l'existence comme probable chez l'homme.

2° Physiologiquement, M. Graux a cherché à reproduire la lésion protubérantielle qui donne lieu aux déviations conjuguées des yeux. Il a expérimenté sur des chiens, en enfonçant une tige d'acier dans la cavité crânienne à travers la membrane occipito-altoïdienne, jusqu'à une profondeur préalablement déterminée. De ces expériences, qui sont relatées en détail, il croit pouvoir déduire les deux propositions suivantes :

Les mouvements de latéralité des yeux se décomposent en deux groupes:

A) Mouvements de déplacement d'un côté à l'autre, mouvements sans accommodation (le regard étant porté à l'infini.) Dans cette sorte de mouvements, la solidarité des deux yeux est assurée par la synergie du muscle droit interne d'un côté et du droit externe de l'autre. C'est le noyau de la 6e paire de chaque côté qui est le centre d'où part cette double innervation simultanée.

B) Mouvements d'accommodation des axes optiques, concordant avec l'accommodation des milieux réfringents de l'œil. Dans ces mouvements, qui sont produits par les deux droits internes, la synergie de ces deux muscles et l'accommodation intra-oculaire sont produites par la même excitation nerveuse venue du noyau de la 3e paire.

Conséquemment on peut se demander si la déviation conjuguée des yeux que l'on rencontre dans les maladies cérébrales à ictus n'est pas liée à un phénomène d'excitation protubérantielle à distance, et si elle n'est pas produite par un retentissement du choc cérébral sur le noyau de la 6e paire. M. Graux a quelque tendance à se rallier à cette interprétation.

III. — Observation très succincte, avec autopsie et examen de la tumeur, par le Dr Joseph Coats.

Pendant la vie le malade eut de la céphalalgie, de *l'hémianesthésie gauche de la face* et une blépharoptose droite.

Il succomba dans le coma.

A l'autopsie on trouva une tumeur de la grosseur d'un haricot, à l'émergence de la 5e paire, et du *côté droit* de la protubérance. Pas d'autres tumeurs si ce n'est de très petites gommes, près de la scissure de Sylvius.

Il est difficile, dans ce cas, de comprendre qu'une compression de la 5e paire d'un côté donne lieu à de l'hémianesthésie de la face du côté opposé. L'observation a été présentée d'une façon si succincte que, peut-être, les signes n'ont été examinés que d'une manière très sommaire. En effet, quand la protubérance est comprimée à sa face postérieure, simultanément avec le nerf de la 5e paire, on doit constater plutôt l'existence d'une hémianesthésie alterne, et l'anesthésie faciale aurait dû exister dans le cas actuel du côté droit, tandis que l'anesthésie du bras, de la jambe et du tronc était observée à gauche. Cette recherche délicate n'a pas été faite dans le cas présent.

L'examen de la 3e paire n'a pas été fait à l'autopsie, il est possible qu'on eût pu trouver dans cet examen la cause de la blépharoptose.

IV. — Il s'agit d'un enfant qui depuis 3 mois se servait moins bien de la main gauche et présentait des mouvements saccadés dans les deux membres de ce côté; ce qui le forçait à garder le lit. Deux mois et demi après l'œil droit avait commencé à se fermer. L'examen montrait la chute complète de la paupière supérieure droite, une paralysie faciale très légère à droite et une paralysie incomplète avec contracture et tremblement du côté gauche.

L'œil mis à découvert est dans la situation du strabisme externe et ne peut être porté en haut, en bas, ni en dedans. La pupille est excessivement dilatée. Les divers segments du bras et de la jambe gauche sont dans la demi-flexion, agités d'un tremblement très peu marqué au repos, plus accentué dans les mouvements. On trouve partout la sensibilité conservée.

A l'autopsie, on constate du côté droit l'existence d'une tumeur rougeâtre du volume d'une noisette, dure, siégeant dans le pédoncule cérébral, un peu en avant de l'origine du nerf de la 3e paire : tout autour la substance du pédoncule est ramollie, ce qui permet l'énucléation de la tumeur. Cette tumeur est un gros tubercule dont le centre jaune est en voie de ramollissement.

On trouve aussi quelques tubercules sur les plèvres, au sommet du poumon et dans les ganglions bronchiques.

L'enfant et les parents n'avaient présenté aucune manifestation tuberculeuse.

Cette observation est remarquable par l'absence d'hémianesthésie, qui existait dans le fait classique de Hermann Weber, et dans plusieurs des cas ci-dessus publiés.

V. — Si l'on a signalé déjà dans les lésions du pont de Varole, l'impulsion irrésistible à se mouvoir sur le côté, les mouvements de manége, de tournis, de rotation du malade sur son axe et de propulsion, jusqu'ici le symptôme de rétropulsion paraissait plutôt lié à des affections cérébelleuses.

Malade, de la clinique du professeur Leube d'Erlangen, chaussetier, âgé de 48 ans, ayant eu déjà plusieurs affections thoraciques. Durant les 5 premières semaines qui suivirent son admission, il ne présenta que des symptômes pulmonaires, d'ailleurs peu caractéristiques.

Tout à coup dans la nuit du 1er au 2 février 1876, il devint agité, délirant.

Carphologie et crocidisme incessants. Convulsions isolées dans quelques muscles de la face et des extrémités. Sensorium non complètement troublé. Étroitesse remarquable des pupilles qui sont peu impressionnables; parésie peu marquée du facial gauche. On crut à une attaque de délirium tremens. Le 31 perte de la conscience plus profonde. Le patient réveillé avec beaucoup de peine retombe bientôt dans son coma. Motilité des membres conservée. Quelques mouvements convulsifs dans les mains. Par intervalles, efforts pour vomir. Miction involontaire. Constipation. Le 4 au matin, somnolence moins grande. Réponses intelligibles, mais parole difficile. Toujours des convulsions localisées à quelques groupes musculaires. Quand on le met debout, le patient réussit à se tenir, mais il vacille fort et menace de tomber à la renverse. Lorsqu'on le prie de retourner dans son lit qui se trouve devant lui, il étend les mains pour l'atteindre, mais il s'en éloigne en marchant en droite ligne à reculons. Dans la soirée du même jour, perte complète de connaissance et paralysie, rotation des yeux à droite. Persistance et convulsions surtout dans le sterno-mastoïdien droit. Puis type respiratoire de Cheyne-Stokes dont le stade dyspnéique est annoncé chaque fois par un redoublement des convulsions et par des mouvements associés violents des membres pendant lesquels il était possible de constater une énergie moins grande des muscles du côté droit. Mort à 4 heures du matin. La fièvre nocturne, d'ailleurs peu considérable, avait cessé dès l'apparition des symptômes encéphaliques; rien à noter du côté du pouls ni de l'urine. Pas de raideur de la nuque ni de sensibilité du rachis. Ni contracture des membres ni céphalalgie.

Autopsie. — Injection de la dure-mère cérébrale. Dans le sinus longitudinal, caillots fibrineux et cruoriques.

Face interne de la dure-mère du côté gauche tapissée d'une pseudomembrane assez ferme, mais facile à détacher. Sérosité sous-arachnoïdienne abondante des deux côtés. Sur les deux hémisphères, notamment à leur partie antérieure, granulations transparentes, grises, dont les plus grosses ont le volume de têtes d'épingles. Substance cérébrale un peu œdématiée et molle, ventricules latéraux renfermant un liquide clair. A la base, autour du chiasma et le long des scissures de Sylvius, infiltration purulente des méninges avec granulations assez nombreuses. Adhérences des membranes entre elles au niveau des lobes frontal et temporal gauches. A ce niveau, le tissu de l'encéphale est affaissé et présente une coloration jaune brunâtre. A la coupe, la substance grise a complètement disparu par places. Au centre de la substance blanche du lobe postérieur droit, tubercule blanc grisâtre du volume d'une lentille.

A la réunion du tiers moyen avec le tiers postérieur du pont de Varole, presque exactement sur la ligne médiane à environ 2 millimètres au-dessous de la surface, se trouve un tubercule un peu plus gros qu'un pois, brillant, gris, proéminent sur la coupe. Il est formé par de nombreuses petites granulations ayant à leur centre une ou plusieurs cellules géantes et composées en grande partie de petites cellules rondes et de cellules épithélioïdes plus considérables. Carie des 7e et 8e vertèbres thoraciques et des têtes de côtes correspondantes.

Quelques tubercules des méninges médullaires. Tubercules des poumons du péricarde, du foie, de la rate et des reins. Ancienne pleurésie droite. Ulcérations tuberculeuses du gros intestin.

VI. — Ce fait a été observé à Vienne dans le service de Meynert sur une femme de 36 ans, qui avait d'ailleurs présenté des symptômes très nets de tumeur cérébrale. A l'autopsie, on trouva en effet une tumeur gommeuse occupant le côté gauche de la protubérance.

Le point intéressant de cette observation consiste dans l'élévation ra-

pide de la température pendant les jours qui précédèrent la mort. De 37°,2 la température monta le soir à 39°,4, puis le lendemain à 40° et le soir à 40°,2; le matin de la mort, elle était de 40°,4. Le pouls était à 76° et régulier ainsi que la respiration; le jour de la mort, il était irrégulier, mais sa fréquence n'était pas augmentée.

D'après l'auteur, ce fait ne peut s'expliquer que si l'on admet l'existence d'un centre de température dans la protubérance, ce que rendent d'ailleurs très probable, sinon certain, les expériences de Heidenhain, Tscheschichin, H. C. Wood et quelques autres. Le bulbe était sain. Lautenbach regrette de n'avoir pas examiné comparativement la température des deux côtés du corps; car il pouvait exister une différence sous ce rapport en raison du siège unilatéral de la lésion.

VII. — Le détail le plus important de ce fait, outre l'âge de la malade, est l'absence complète de troubles de la motilité et de la sensibilité du côté des membres.

Fillette de 9 ans, amenée à l'auteur, au commencement de février 1873. Quelques jours auparavant, en pleine santé, elle s'est mise à vomir et à loucher de l'œil gauche. L'enfant très intelligente, sans aucun antécédent morbide, a conservé sa bonne humeur accoutumée et n'a jamais eu de céphalalgie. Strabisme convergent modéré du côté gauche. Pas d'autre symptôme actuel. Pouls régulier.

13 *février*. — Réapparition de vomissements abondants et développement graduel d'une hémiplégie faciale gauche : bouche et luette fortement déviées à droite, pointe de la langue dirigée en sens contraire, lagophthalmie gauche. Le strabisme est plus marqué. Jusqu'à la distance de 10 pouces, l'enfant distingue nettement un doigt, à partir de là, ce dernier lui semble de plus en plus épais jusqu'à ce qu'à 12 pouces elle le voie double; les deux images s'écartent de plus en plus, à mesure qu'on éloigne davantage le doigt. Quand elle veut apercevoir distinctement un objet qui n'est pas très rapproché, elle ferme un œil. Du reste, la vision est également bonne des deux côtés et les pupilles réagissent aussi bien l'une que l'autre aux impressions lumineuses. La jeune patiente, qui joue avec ses frères et sœurs, accuse seulement par instants des étourdissements et des douleurs dans la moitié gauche de la tête.

Elle mangerait volontiers, si elle ne rejetait pas ensuite ce qu'elle prend. Pas de dysphagie. Aucune trace de paralysie de la motricité et de la sensibilité dans les membres. A la face même la sensibilité est conservée du côté paralysé. Garde-robes et miction normales. Pouls régulier à 80°. Sommeil calme et profond. Urine acide et de composition normale. Aucun trouble du côté des grands viscères thoraciques et abdominaux. Au bout de 3 jours, les vomissements avaient cessé, et l'enfant allait et venait comme auparavant.

22 *février*. — Nouveaux vomissements avec douleurs lancinantes revenant périodiquement dans la tempe gauche.

24 *février*. — Pas d'envies de vomir, mais intermittences des pouls (60 battements). Légère diminution de l'ouïe à gauche. Marche parfaitement intacte.

3 *mars*. — Les vomissements ne se sont pas reproduits. Hémiplégie faciale moins marquée : l'œil gauche se ferme presque complètement. Pas de modifications dans les autres symptômes.

26 *mars*. — Réapparition des étourdissements et des douleurs lancinantes dans la moitié gauche du crâne. La veille il y a eu 2 vomissements. Pouls plein et régulier, battant 100 fois par minute. Paralysie faciale plus distincte

qu'à la dernière visite. Du côté gauche, l'enfant n'entend plus les battements d'une montre appliquée contre son oreille. La diplopie commence à la distance de 5 pouces. Aucun trouble du côté des membres.

27 *mars*. Matin. — Quelques vomissements. Convulsions généralisées pendant 10 minutes avec perte complète de connaissance.

28 *mars*. — Prostration considérable. 100 pulsations radiales avec intermittences. Vomissements. 3 accès éclamptiformes depuis hier.

Même état le 29 et le 30.

31 *mars*. — Le collapsus a augmenté. Pouls faible, mais régulier à 134. Température notablement élevée. Soif. Dysphagie. Parole un peu bégayante et difficile à comprendre. Intelligence nette. Sommeil agité, fréquemment interrompu. 5 accès convulsifs.

1er *avril*. — Les attaques éclamptiformes ont tellement augmenté de fréquence et d'intensité qu'il n'y a presque pas d'intervalles lucides. Mort dans le sopor le 2 avril à midi. Les accès convulsifs qui ont précédé immédiatement la terminaison fatale se distinguaient des antérieurs en ce qu'ils étaient limités exclusivement à la moitié droite du corps.

Autopsie du crâne, le 3 avril. — Injection modérée du cerveau. Ventricules latéraux vides. Epanchement abondant de sérosité claire dans le sac arachnoïdien, à la base de l'encéphale. Nulle part d'opacités ou d'exsudats sur les méninges. Sinus modérément remplis de sang fluide. Cervelet sain.

Appendu au côté gauche du pont de Varole, est une tumeur ronde ambrée, nettement délimitée, ayant à peu près le volume d'un œuf de poule. Elle n'a de connexions qu'avec la protubérance dans l'écorce de laquelle elle se perd insensiblement; elle est formée, sur les coupes, d'un tissu gélatiniforme, parfaitement homogène; elle a tous les caractères, à l'œil nu, d'un myxosarcome, malheureusement l'examen microscopique n'en a pas été fait.

H. BENDU ET J. BOX.

Contribution à l'étude des symptômes oculaires dans les maladies du système nerveux central, par Maurice COINGT (*Thèse de Paris*, 1878).

Dans cette étude de séméiotique générale, l'auteur a recherché avant tout l'application clinique et les conséquences pratiques relatives au diagnostic des diverses maladies du système nerveux.

Il a voulu montrer quels sont les modes de groupement des symptômes oculaires qui appartiennent aux différentes catégories des affections cérébrales, et surtout à quelle période de ces affections ils ont une valeur clinique. Ainsi, tel symptôme oculaire se rencontrera au début d'une maladie à évolution aiguë, ou au contraire à marche chronique; ou bien encore, accompagnera les manifestations apoplectiques qui servent d'épisodes aux affections cérébrales; il faudra alors déterminer s'il s'agit d'une apoplexie vraie ou fausse, d'une intoxication ou d'une tumeur cérébrale. L'examen des yeux, en pareil cas, joue un grand rôle dans le diagnostic.

Après cette vue d'ensemble sur les symptômes oculaires, l'auteur envisage séparément le *ptosis isolé*, et sa valeur dans les maladies du système nerveux central. Malgré les travaux de Landouzy sur ce sujet, le symptôme n'a pas toujours une signification précise. Pour M. Coingt, la chute de la paupière, indépendante de toute autre paralysie de la

3e paire, n'indique pas nécessairement qu'il existe une lésion hémisphérique corticale ; elle n'est même pas la preuve d'une lésion croisée.

Si l'on se reporte en effet aux cas cliniques où l'on rencontre le ptosis isolé, on voit que nombre d'affections cérébrales peuvent lui donner naissance : ainsi, ramollissement, ataxie locomotrice, tumeurs cérébrales, méningite tuberculeuse. Dans toutes ces circonstances, il se présente une symptomatologie uniforme ; et au point de vue du diagnostic, la première question qui se pose est de savoir s'il est direct ou croisé ; la seconde, s'il est de cause intra-orbitaire ou de cause intra-crânienne, cortical ou central. Or, dans l'état actuel de nos connaissances, bien de ces points sont difficiles à établir d'une façon décisive ; pourtant il est permis de tirer des conclusions assez précises, au point de vue séméiotique de la présence du ptosis, dans les conditions suivantes :

a) Au cours d'une affection aiguë, le ptosis isolé permet d'affirmer d'une façon à peu près certaine l'existence d'une affection ou d'une complication cérébrale.

b) Immédiatement à la suite d'un traumatisme sur le crâne, il permet d'affirmer qu'il y a eu lésion de la substance cérébrale ou compression d'un hémisphère ;

c) Dans l'état apoplectique, il permet d'éliminer d'emblée toute la classe des fausses apoplexies;

d) Comme manifestation isolée, chez un sujet qui n'accuse spontanément aucun autre symptôme, il devra faire penser avant tout à l'une des trois affections suivantes : syphilis cérébrale, ataxie locomotrice ou ramollissement chronique.

Un autre groupe de symptômes oculaires, la déviation conjuguée des yeux et la rotation de la tête, est l'objet de la seconde partie de ce travail ; voici les conclusions auxquelles aboutit l'auteur :

M. Coingt, pour expliquer le phénomène de la rotation conjuguée, n'admet pas la théorie des mouvements de manège ; il préfère l'intervention des centres rotateurs de la tête et des yeux dans la production de ce phénomène. Cette intervention serait réglée par les lois suivantes :

1° L'excitation fonctionnelle d'un de ces centres détermine un mouvement conjugué du côté opposé ; 2° La suspension de la fonction d'un de ces centres détermine un mouvement conjugué de son côté. D'ailleurs les centres rotateurs pour la tête et pour les yeux, dans un même hémisphère, ont des connexions étroites, mais restent partiellement indépendants.

Quelle que soit l'opinion théorique qu'on se fasse de ce phénomène, cliniquement la déviation conjuguée se rencontre dans bien des circonstances différentes.

D'abord dans l'état apoplectique, puis dans les accès épileptiques, épileptiformes et dans l'hystéro-épilepsie: elle accompagne aussi bien des lésions superficielles que des lésions profondes ; mais toujours (le cas d'épilepsie excepté) elle est symptomatique d'une altération de la substance cérébrale.

Le sens suivant lequel se fait la déviation conjuguée parait dépendre de deux ordres de circonstances, les unes anatomiques, les autres symptomatiques.

La localisation de la lésion est d'une grande importance dans l'expression phénoménale. Lorsqu'il s'agit d'une lésion de l'isthme encéphalique, on a toujours vu jusqu'ici la déviation se faire du côté opposé à la lésion (c'est-à-dire du même côté que la paralysie des membres). S'agit-il, au contraire, d'une lésion d'un hémisphère, la déviation se fait généralement du côté de la lésion, c'est-à-dire du côté opposé à la paralysie. Mais ici interviennent quelques circonstances cliniques. Lorsqu'au lieu de paralysie, le malade présente des convulsions unilatérales, la déviation se fait dans le sens des muscles convulsés : c'est-à-dire que le malade regarde ses convulsions à l'inverse des cas où, paralysé il regarde sa lésion. Néanmoins, quelques exceptions cliniques, rares à la vérité, ne permettent pas d'accepter cette loi comme absolue.

La dernière partie du travail de M. Coingt se rapporte à l'état de la pupille dans les maladies cérébrales. Sans reprendre les travaux de Drouin sur le même sujet (*thèse de Paris*, 1876) il s'attache particulièrement à l'étude du myosis envisagé comme symptôme, dans l'état apoplectique. Or cette apparence survient dans les circonstances suivantes ; 1° irruption du sang dans les ventricules cérébraux ; 2° hémorrhagie protubérantielle ; 3° lésion intéressant le mésocéphale et le cervelet. Cette apparence est parfois assez prononcée pour simuler complètement l'empoisonnement par l'opium, et réciproquement.

Quelques considérations sur la paralysie de l'orbiculaire des paupières et les paralysies des muscles de l'œil, dans leurs rapports avec les affections des centres nerveux terminent cet intéressant travail. H. RENDU.

A case of great enlargement of the Pons, Crura cerebri and Medulla (Hypertrophie considérable de la protubérance des pédoncules du cerveau et de la moelle allongée, par P. KIDD. (*St-Bartholom. Hosp. Rep., XIII*, 1877).

Enfant de 6 ans 1/2, bien développé. Les symptômes qu'il présente sont les suivants :

Globes oculaires proéminents, avec strabisme double convergent, plus marqué à droite qu'à gauche. Paralysie de la sixième paire des deux côtés. Léger ptosis de la paupière droite; hémiplégie faciale droite incomplète, sans anesthésie. Déglutition lente, les liquides ne peuvent être avalés sans provoquer des efforts de toux. Parole lente, mais distincte. Pas de paralysie des membres supérieurs, mais la station est hésitante et la marche titubante. Double névrite optique.

D'après les renseignements fournis par la mère de l'enfant, il n'aurait jamais été fort et a toujours eu de la faiblesse des jambes. Quatre mois auparavant il a commencé à vomir. Il y avait dès cette époque de la céphalée frontale. L'enfant est toujours resté à partir de ce moment, altéré et polydipsique.

Les accidents persistèrent en s'aggravant; la déglutition devint de plus en plus difficile, l'intelligence s'abaissa, la respiration devint stertoreuse et embarrassée, et la mort survint par asphyxie, au bout de quelques jours de cyanose.

A l'autopsie, on trouva, en outre de l'épanchement sous arachnoïdien, la protubérance considérablement augmentée de volume. Transversalement elle mesurait 2 pouces 1/4, dans son diamètre antéro-postérieur, 1 pouce 3/4, en épaisseur 1 pouce 1/2. Le gonflement est translucide et incolore; le tissu

nouveau englobe les racines des 6es paires; les pédoncules cérébraux sont également hypertrophiés.

Le reste de l'encéphale paraît sain.

Examen histologique, après durcissement dans l'acide chromique et coloration à l'hématoxyline. Les fibres nerveuses des pédoncules et de la protubérance sont presque entièrement privées de moelle, et remplacés par un espace clair entouré par la névroglie. La plupart des cylindres-axes ont disparu : quelques-uns sont englobés au sein de la névroglie. Les cellules nerveuses proprement dites paraissent plus pigmentées qu'à l'état normal. Les vaisseaux sont peu altérés : ils présentent cependant de distance en distance des varicosités et une distension de la gaîne lymphatique par de la sérosité; sur quelques points se voient des amas de leucocytes accumulés. Quant à la névroglie, elle est considérablement hyperplasiée, plus riche en noyaux, et semble infiltrée de liquide œdémateux, qui donne au tissu sa translucidité.

L'auteur interprète cette singulière lésion dans le sens d'une encéphalite chronique, et rejette complétement l'idée d'un myxome ou d'une tumeur.

H. RENDU.

C. — *Maladies du cervelet.*

I. — **A case of cerebellar abcess, par John SERVICE** (*Brit. med. Journ.*, 28 *avril* 1878, *p.* 561).

II. — **Cases of tumour of the middle lobe of the cerebellum (Observations de tumeur du lobe médian du cervelet), par HUGHLINGS JACKSON** (*Brit. med. Journ.*, *p.* 355, *mars* 1877).

III. — **Tumour of cerebellum (Tumeur du cervelet), par James CARMICHAEL** (*Brit. medic. Journ.*, 16 *décembre* 1876, *p.* 793).

IV. — **Tumeur du cervelet, par O. W. PETERRSON** (*Upsala läkarefören. Förh.*, *Bd X*, *p.* 285).

V. — **Tumeur du cervelet, par CURSCHMANN** (*Berlin. klin. Woch.*, *p.* 236, 1877).

VI. — **Case of tumour of the skull with hemiplegia of the same side of the body (Tumeur du crâne avec hémiplégie du même côté que la lésion), par Edwin RICKARDS** (*Brit. med. Journ.*, *p.* 785, *décembre* 1876).

VII. — **Un caso singolare di paralisi bulbare per compressione di un tumore del cervelletto (Paralysie bulbaire due à la compression exercée par une tumeur du cervelet), par Federico LANZONI** (*Il Raccoglitore medico di Forlì*, 1876).

I. — Les signes pendant la vie ont été une céphalalgie persistante, des vertiges durant la station debout, de la dilatation des pupilles, des troubles de la vision, une blépharoptose partielle, de la constipation et enfin un écoulement passager de pus par l'oreille d'abord, et puis par les narines.

A l'autopsie on trouva un abcès du lobe médian du cervelet; les méninges n'étaient point altérées et il fut impossible de constater la communication entre la collection purulente et l'oreille qui avait été la source d'un écoulement purulent assez considérable, dans le cours de la maladie.

II. — Dans ce mémoire, l'auteur cherche à établir les symptômes qui permettent de différentier les lésions du lobe médian du cervelet de celles des lobes latéraux. D'après plusieurs cas qui sont relatés assez sommairement, la caractéristique de cette variété d'altérations cérébel-

leuses serait la réunion des trois signes suivants : élargissement de la tête, névrite optique double, démarche chancelante. Toutes ces observations ont été prises sur des enfants.

III. — Mort subite du sujet. La tumeur était osseuse, située dans la fosse occipitale et adhérente à la dure-mère du côté gauche, immédiatement au-dessous de la fente du cervelet. En avant, elle était adhérente aux méninges et avait creusé dans la partie postérieure du cervelet une vaste loge. La tumeur était irrégulière, noueuse, longue de 5 centimètres et épaisse de 2 à 3 centimètres, suivant les différentes parties. Elle était très-dure, d'une texture osseuse.

L'intérêt de ce cas réside dans la mort subite du malade, qui jamais ne s'était plaint. Il mourut dans son lit, quatre heures après s'y être mis. Il est probable d'après l'auteur, que le malade aurait eu à ce moment une attaque convulsive, qui l'aurait enlevé, hypothèse qui s'accorde avec les observations analogues de Cruveilhier, Louis et Abercrombie, lesquelles se terminèrent par des convulsions.

IV. — Six mois environ avant sa mort, un manœuvre âgé de 22 ans se plaignit de douleurs dans la nuque, accompagnées de vomissements, de faiblesse et d'incertitude pendant la marche. 4 mois plus tard, survinrent des troubles visuels des deux côtés, l'acuité de la vision diminua peu à peu et enfin la cécité fut absolue. Il y avait en même temps un strabisme convergent des deux côtés. Alors survint une parésie des muscles de la moitié gauche de la face, puis des extrémités inférieures, de telle sorte que le malade ne pouvait plus se tenir debout sans vaciller et perdre l'équilibre. L'intelligence disparut en dernier lieu.

A l'autopsie on trouva dans l'hémisphère gauche du cervelet une tumeur du volume d'une châtaigne de couleur un peu plus sombre et de consistance un peu plus dure que le tissu cérébral. Au-dessus et en arrière de ce néoplasme se trouvait un kyste ayant le même volume que lui et rempli de sérosité claire et d'un blanc jaunâtre. La structure microscopique de cette tumeur était celle d'un glio-sarcome fibreux.

V. — A son entrée à l'hôpital, la malade présentait une amaurose double totale sans lésion appréciable à l'ophthalmoscope. Les bulbes oculaires immobiles étaient dirigés droit en avant; les pupilles, également dilatées, ne faisaient aucun mouvement. La marche et la station debout étaient impossibles, parce que la malade était aussitôt prise d'un violent vertige. Lorsqu'on essayait de la faire marcher, ses membres inférieurs exécutaient des mouvements désordonnés : la patiente levait les pieds ou trop tôt ou trop tard, frappait le sol tantôt du talon, tantôt de la pointe, projetait irrégulièrement ses jambes et tout son corps oscillait si fortement que deux personnes étaient indispensables pour la soutenir. Une exploration de la motilité, pendant que la femme se mettait au lit, montrait que la force musculaire des membres inférieurs était intégralement conservée. Seule, la faculté de coordination des mouvements était pénible. La sensibilité était normale sur tout le corps. Ouïe, odorat et goût intacts. Aucun trouble du côté du facial du trijumeau ni des autres nerfs cérébraux. En revanche, il existait une dysphagie remarquable, sans rien de visible au niveau de la gorge. A la fin la malade ne prenait presque pas d'aliments liquides. Les gardes-robes et l'urine, sans être rendues tout à fait involontairement, ne pouvaient être retenues aussi longtemps et aussi parfaitement que chez les individus sains. Le sensorium fut libre encore très peu de temps avant la mort, Curschmann n'a pu s'assurer si l'intégrité du sens musculaire était entière.

A l'autopsie, tumeur occupant toute la portion antérieure du vermis cérébelleux, le plancher du 4e ventricule et s'étendant de là jusqu'au-dessous des tubercules quadrijumeaux postérieurs que la compression exercée par la masse morbide avait réduits à l'épaisseur d'une feuille de papier. L'examen microscopique permit de reconnaître qu'il s'agissait d'un papillome.

VI.—Femme de 39 ans, qui, en 1870, eut de la céphalalgie et des attaques épileptiformes, survenant à des intervalles plus ou moins réguliers et fréquents. En juillet 1874, elle marcha plus difficilement et la faiblesse était plus grande à gauche. En 1875, elle eut une attaque de 3 heures de durée, à la suite de laquelle la paralysie gauche envahit les bras. Des attaques successives rendirent la paralysie plus complète. Les doigts et les orteils pouvaient seuls se mouvoir. Le côté gauche de la face était aussi paralysé, l'œil gauche ne pouvait se fermer, la conjonctive était insensible, mais les pupilles n'étaient pas intéressées. Amblyopie gauche, surdité du même côté. Obtusion de la sensibilité dans tout le côté gauche, la face comprise. Pas de maladie du cœur, ni d'albuminurie. Tous ces symptômes persistèrent jusqu'à la mort qui eut lieu subitement en novembre 1876, au moment où la malade se mettait au lit. Son intelligence fut toujours intacte.

Autopsie. — Vaisseaux du cerveau sains, pas d'épanchement dans les méninges. A la coupe de l'organe, le tissu est plus dur et moins vasculaire que d'ordinaire, et présente une teinte légèrement jaunâtre. Les ventricules sont dilatés et contiennent environ 200 à 300 grammes de liquide clair et aqueux. En enlevant le cerveau, on voit une tumeur qui occupe la fosse occipitale gauche et est recouverte d'une couche légère de substance cerébelleuse. Une grande partie du cervelet a disparu de ce côté. Pas d'adhérences entre la tumeur et le cerveau. La tumeur a le volume d'un œuf de poule; elle est molle, mais tendue et recouverte d'une membrane lisse vasculaire, probablement la dure-mère altérée. L'os était érodé dans une certaine étendue et la perte de substance pouvait recevoir le pouce. La tumeur avait à la coupe la consistance du lard, elle était jaunâtre. Dans la masse se trouvait un ruban épaissi qui n'était autre que le nerf facial altéré. La protubérance et le bulbe ne sont pas altérés à gauche dans leur structure, mais la pression de la tumeur a réduit à tel point ces parties, qu'elles égalent à peine le tiers de la portion similaire du côté opposé. Congestion énorme des poumons, cœur normal, les autres viscères sont sains.

La tumeur est dépourvue de stroma, elle est très-vasculaire et ne contient que des cellules nucléaires allongées. C'est probablement un sarcome de la dure-mère.

Remarques : On s'explique facilement la paralysie faciale gauche, et la surdité du même côté par la lésion des nerfs facial et auditif gauche. La compression des 5e, 8e et 9e paires expliquent ainsi l'anesthésie et les altérations pulmonaires. Mais pourrait-on supposer que l'hémiplégie du même côté tient à ce que la lésion porte sur des fibres n'ayant pas subi la décussation? L'auteur appuie cette opinion sur le récit d'une observation analogue de Vulpian (*Moniteur des sciences médicales*, 28 juin 1861).

VII. — Un cultivateur, âgé de 28 ans, d'une forte constitution, se plaignait, depuis deux ans, d'une céphalalgie occipitale qu'exaspérait chaque mouvement brusque de la tête. Cette douleur était sujette à des redoublements si violents que le malade était forcé pendant ses accès de se rouler par terre. Il pouvait néanmoins continuer ses travaux et ne les interrompit que 40 jours avant son entrée à l'hôpital, époque à laquelle apparurent de nouveaux symptômes. La démarche devint incertaine; il eut des vomissements fréquents, une gêne no-

table dans l'articulation des mots et la déglutition ; sa tête, fortement inclinée en avant, ne pouvait être relevée sans que ce mouvement ne fût suivi d'une exacerbation douloureuse atroce.

Pendant son séjour à l'hôpital le malade restait dans le décubitus latéral droit, la tête penchée en avant de telle sorte que le menton était appuyé contre le sternum. Pas de contracture des muscles du cou. Douleur fixe à l'occiput et à la région occipitale, exaspérée par la pression, les mouvements de la tête, etc. Parole embarrassée, déglutition difficile. Pupille gauche plus dilatée que la droite. Paralysie faciale gauche avec déviation de la langue et atrophie de sa moitié latérale gauche. Pas de paralysie ni d'anesthésie des membres, mais troubles curieux de l'équilibration; le malade étant debout sent parfaitement la résistance du sol et ne lance pas ses jambes comme un ataxique, mais il chancelle et menace de tomber en avant si on ne le soutient. Intelligence conservée, miction régulière. Pouls ralenti (40), respiration irrégulière. De temps en temps surviennent des accès de douleur spontanée pendant lesquels ont lieu des vomissements, du strabisme : le malade pousse des cris plaintifs : le pouls et la respiration deviennent très irréguliers. Mort de syncope, 15 jours après l'entrée à l'hôpital, dans un effort pour faire un mouvement. L'auteur, se basant sur les signes de compression du côté du bulbe et de la protubérance, avait diagnostiqué une tumeur du cervelet.

A l'autopsie on trouve une tumeur située au-dessous des méninges cérébelleuses, logée dans une cavité qu'elle s'était creusée en refoulant les organes voisins et limitée d'un côté par le vermis inferior et les amygdales et de l'autre, par la face postérieure de la moelle allongée. Cette tumeur a le volume d'un œuf de poule et une consistance un peu supérieure à celle de la substance cérébrale; sa couleur est blanche; elle est enveloppée dans une membrane propre légèrement vascularisée et ne se continue en aucun point avec la substance cérebelleuse voisine. M. le professeur Tari qui en a fait l'examen microscopique l'a trouvée constituée par des faisceaux de fibres nerveuses entrecroisées au milieu desquels existaient de nombreux éléments lymphoïdes et il pense qu'il s'agit d'un névrome enflammé. Les autres organes sont sains.

H. RENDU.

D. — *Affections des pédoncules cérébelleux.*

I. — Tumeur du pédoncule cérébelleux inférieur gauche, par COUTY (*Gaz. méd. de Paris*, n° 20, 1877; *Soc. de biologie*, *mai* 1877).

II. — Amaurose et surdité doubles : hémiparésie gauche. Tumeur dans le pédoncule cérébelleux moyen gauche, se prolongeant dans le conduit auditif interne, par WESTPHAL (*Charité Annalen*, *p.* 420, 1876).

III. — Storia clinica d'un caso di tumora d'un Pedoncole cerebellare, par Luigi CARPANI (*Lo Sperimentale*, *oct.* 1876).

IV. — A case of cerebral tumour implicating the corpora quadrigemina (Tumeur intéressant les tubercules quadrijumeaux et le pédoncule cérébelleux supérieur droit), par DUFFIN (*Brit. med. Journ.*, *p.* 784, *juin* 1876).

I. — Malade atteint de tuberculose pulmonaire à forme assez rapide. Il est pris le 10 mars 1877, de vomissements sans nausées; puis le 15 avril, une pleurésie gauche se déclare. Le 20, brusquerie spéciale dans les mouvements quasi-automatiques et se faisant par secousses; parole brève, saccadée, assez rapide; puis raideur de la tête sans déviation de la face, sans paralysie ni contraction des membres. Pas de troubles de la sensibilité ni de

l'intelligence, pas de modification du pouls; pupilles égales, dilatées. Malgré l'absence de symptômes caractéristiques, on pense à une méningite tuberculeuse.

Le 25, somnolence, ventre douloureux, pouls ralenti; parésie des membres gauches; petits mouvements convulsifs du membre supérieur droit. Le 26, hémiplégie gauche plus complète, sensibilité égale des deux côtés. Le lendemain, coma et mort.

A l'autopsie, granulations tuberculeuses, multiples dans les 2 poumons; plus rares, moins grosses dans le péritoine, plus rares encore dans les méninges; cerveau intact dans toutes les parties examinées avec le plus grand soin. Tumeur du volume d'une grosse noisette; arrondie, bien limitée, gris jaunâtre, dure, ayant détruit complétement le pédoncule cérébelleux inférieur gauche; repoussant un peu en dedans le plancher du 4e ventricule, contigue au faisceau latéral, olivaire, qui paraît intact et tout au plus légèrement comprimé.

Cette observation est intéressante : 1° par l'absence complète de troubles sensitifs coïncidant avec une entière destruction de ce pédoncule dont Meynert, après Longet, a fait un conducteur sensitif; 2° par la présence de troubles moteurs pseudo-ataxiques et plus tard d'hémiplégie du côté de la tumeur, avec contracture momentanée du côté opposé.

Ces symptômes moteurs, s'étant produits tardivement, ne peuvent être considérés comme les effets directs de la destruction du pédoncule produite par une tumeur déjà ancienne; maintenant sont-ils dus à une compression médiate des fibres externes du faisceau pyramidal non entrecroisées, comme l'a montré M. Vulpian, ou mieux à une action à distance sur le pédoncule cérébelleux supérieur, dont la lésion détermine assez souvent, comme Serres et Brown-Séquard l'ont prouvé, de l'hémiplégie du même côté et des phénomènes ataxiques? La question est encore insoluble.

II. — Ouvrière. 27 ans. Antécédents syphilitiques. Début par pesanteur dans les membres gauches et céphalalgie nocturne violente. En même temps, éruption syphilitique. Cécité presque complète progressive. Surdité complète à gauche (depuis longtemps elle entendait mal de cette oreille). Diminution de l'ouïe à droite. A l'ophthalmoscope on constate une névrorétinite double avec boursoufflement de la papille, congestion veineuse et hémorrhagie rétiniennes. Légère paralysie faciale à gauche, hémiplégie gauche peu marquée, marche incertaine.

Plus tard, surviennent des vomissements, et de la constipation. Six mois après le début de la maladie perte subite de connaissance, somnolence, ptosis à droite. Dilatation pupillaire. Mort par affection pulmonaire.

Autopsie. — A la partie inféro-antérieure de l'hémisphère cérébelleux gauche on trouve une tumeur assez résistante, du volume d'une petite pomme qui se prolonge dans le conduit auditif. La protubérance est comprimée, ainsi que le bulbe à sa partie antérieure. Le 4e ventricule est repoussé vers la droite, d'une consistance plus grande à droite qu'à gauche. La tumeur occupe le côté externe du pédoncule cérébelleux gauche. On ne distingue plus les nerfs facial et acoustique.

Lésions tuberculeuses des poumons.

L'examen microscopique démontre qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules fusiformes.

Plusieurs points restent obscurs dans cette observation : notamment la surdité à droite, le peu d'intensité de la paralysie faciale, le ptosis à droite. On n'observa la déviation conjuguée des yeux que dans les derniers temps

et elle se montra du côté opposé à la lésion. Enfin il est à noter que la malade rapportait au front sa douleur céphalique.

III. — Un homme de 40 ans, artisan, entre à l'hôpital le 22 juin 1876. A l'âge de 34 ans, il avait été pris subitement d'un vertige : il perdit connaissance, tomba par terre et quand il revint à lui, quelques heures après, il avait une hémiplégie droite sans aphasie. Peu à peu la paralysie se dissipa. En janvier 1874, il commença à éprouver une violente céphalalgie occupant surtout la région pariétale et occipitale du côté droit. La douleur s'exaspérait la nuit et était quelquefois si forte que le malade poussait des cris. En même temps il y eut de la photophobie et un affaiblissement progressif de l'œil droit.

Après quelques mois, ces accidents s'apaisèrent un peu, mais alors survinrent des vomissements, des bourdonnements d'oreilles, de la surdité de l'oreille droite, des troubles de l'équilibration, de l'affaiblissement des membres du côté droit et enfin des vertiges sans perte de connaissance qui survenaient surtout quand le malade voulait se lever ou s'asseoir sur son lit. Jamais il n'y eut d'attaques épileptiformes.

A l'autopsie, on trouva de légères adhérences de la pie-mère avec la substance cérébrale, surtout à la base du lobe frontal droit. Il y avait une petite cicatrice apoplectique dans la couche optique gauche. Enfin sur le pédoncule cérébelleux moyen droit au voisinage de la protubérance existait une petite tumeur elliptique du volume d'une fève, de consistance fibreuse. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un fibrome. Rien d'anormal dans le reste de l'encéphale. La moelle n'a pas été examinée.

IV. — Homme de 25 ans, commença à se plaindre 4 mois avant sa mort. Il eut tout d'abord une douleur à la nuque, puis la marche devint pénible et le malade eut des attaques répétées de vertige, qui s'atténuaient, quand il fermait les yeux. La céphalalgie était assez violente pour amener de l'insommie. Deux mois avant la mort, cette céphalalgie était moindre, mais le malade ne pouvait se tenir, sans être soutenu. Quand il était couché, il pouvait mouvoir ses membres assez facilement ; la tête étant toujours rejetée en arrière. Les muscles cervicaux postérieurs et spinaux sont contracturés. On constate une névrite optique double ; la vue d'abord altérée est plus tard abolie complétement. L'ouïe est assez dure et le malade a des bourdonnements d'oreille, mais les os crâniens transmettent encore les vibrations. Le pouls est lent et irrégulier et les vomissements fréquents. L'intelligence ne s'obscurcit guère que 15 jours avant la mort ; le malade succomba dans le coma ; la température fut toujours normale.

Autopsie. — Les corps quadrijumeaux et la glande pénéale sont remplacés par un gliome. En avant la tumeur envoie dans le 3e ventricule un prolongement qui s'étend jusqu'à l'entrée du 4e ventricule. La couche optique, comprimée, a disparu en partie, la partie antérieure du pédoncule cérébelleux droit est envahie par la tumeur. C'est à peine si l'on peut reconnaître la valvule de Vieussens. La tumeur peut être séparée facilement des parties environnantes.

Le Dr Ferrier, dans une note écrite, avoue la difficulté de faire une distinction entre les effets directs et indirects de la lésion. Certainement on peut supposer que l'envahissement des tubercules quadrijumeaux doit être la cause de l'amaurose, mais ce signe se rencontre fréquemment, même quand ces parties ne sont pas intéressées. Que les troubles de la vision présentassent une modalité particulière, c'est ce qu'on ne pouvait nier en raison de l'existence du vertige et des troubles de l'équilibre, quand

les yeux étaient ouverts. Le vertige, le défaut d'équilibre, la contracture des muscles de la nuque sont les traits principaux de cette observation.

La destruction expérimentale des tubercules quadrijumeaux entraîne l'abolition de la vue et la perte des muscles iriens, et les expériences de Ferrier, qui observa dans ces cas des troubles de l'équilibre sans paralysie, confirment les recherches antérieures de Serres et de Goltz. L'irritation de ces parties entraîne aussi la dilatation des pupilles, la contracture des muscles cervicaux et le trismus; l'opistothonos est complet ainsi que le tétanos des membres quand cette irritation est trop vive. Les symptômes de cette observation sont donc en harmonie avec les résultats de l'expérimentation sur les animaux. H. RENDU.

A case of right hemiplegia, hemianesthœsia and aphasia, having for its prominent anatomical lesion softening of the left lateral lobe of the cerebellum (Hémiplégie droite, avec hémianesthésie et aphasie; reconnaissant comme lesion principale un ramollissement du lobe latéral gauche du cervelet), par RINGROSE ATKINS (*Brain*, *p.* 410, *octobre* 1878).

Cette observation, tout à fait en désaccord avec les faits habituels de localisations cérébrales, peut se résumer ainsi :

Un homme de 38 ans est admis à l'asile des aliénés de Cork, en mai 1877. Epileptique depuis sa jeunesse, à la suite d'une maladie fébrile, il accrut son infirmité par de l'intempérance. A la suite d'une attaque plus violente que les autres, il fut atteint d'hémiplégie droite et d'aphasie, qui durèrent trois semaines et guérirent absolument.

Quelque temps avant son admission à l'hôpital, il devint violent, excitable, et fut pris d'un délire de grandeur avec conceptions ambitieuses.

A son arrivée, il était loquace, agité, causant avec un air satisfait de lui-même : ses discours étaient incohérents, et sa mémoire très affaiblie : il ne parlait que de millions à recevoir. Les organes des sens étaient normaux, la marche assurée et les mouvements réguliers.

Il resta dans cet état, avec des alternatives d'agitation et de calme, jusqu'au 8 juin; à cette date, il fut trouvé le matin complètement aphasique, avec une hémiplégie droite et une hémianesthésie. Au bout de quelques jours, il fut pris de convulsions dans les membres paralysés, et après une attaque épileptiforme, il tomba dans le coma.

Autopsie. — 48 heures après la mort. Épaississement des os du crâne, adhérences de la dure-mère, caillot dans le sinus longitudinal supérieur. Développement considérable des corpuscules de Paccioni. Congestion notable des vaisseaux de la pie-mère.

A la jonction des artères vertébrales, vers l'origine du tronc basilaire, se trouvaient de volumineuses plaques d'athérome; les artères cérébrales étaient libres, la sylvienne gauche notamment était perméable et saine. L'examen le plus attentif des circonvolutions de la substance grise et de la substance blanche des hémisphères, des corps opto-striés, ne fit découvrir aucun foyer d'hémorrhagie ni de ramollissement, seulement des traces de congestion chronique. La seule anomalie appréciable fut une diminution de volume atrophique de la partie postérieure de la couche optique gauche.

Par contre, le cervelet était le siège de notables lésions. Le lobe latéral gauche était entièrement ramolli et diffluent, sans qu'on pût invoquer, pour

expliquer l'hémiplégie, la compression des parties sous-jacentes et des tractus moteurs du bulbe. H. R.

On spastié paraplegia (Sur la paraplégie spastique), par Samuel GEE (*St-Bartholom. hosp. Rep.*, *t. XIII*, *p.* 71, 1877).

Sous ce nom, l'auteur décrit une forme de maladie nerveuse qui se présente cliniquement avec les caractères suivants. Rigidité permanente des membres inférieurs, quelquefois des quatre membres, augmentant quand on étend les jambes, disparaissant sous l'influence du chloroforme. Impossibilité de la marche et de la station debout.

Les muscles atteints de paralysie sont aptes à se contracter sous l'influence de la faradisation : leur nutrition est bonne, et on n'observe pas d'atrophie, même quand l'affection s'est prolongée plusieurs années. Il n'existe pas de tremblement: l'intelligence et la sensibilité sont conservées; la miction est intacte. La nutrition générale reste normale. Dans deux cas on a signalé des mouvements choréiformes de la face, une fois des crampes douloureuses dans les jambes.

Cette affection atteint les très jeunes enfants, elle semblerait même, d'après l'auteur, pouvoir être congénitale. Malheureusement les quatre observations qu'il en donne manquent de contrôle anatomique, en sorte qu'il est difficile de savoir, si cette affection est une espèce morbide distincte ou si elle doit être rangée dans les méningites spinales ou dans la sclérose des cordons latéraux. H. R.

Troubles moteurs limités aux segments extrêmes des membres gauches offrant une certaine analogie avec l'athétose, mais dépendant de la névrose épileptique. Présentation du malade à la Société médico-psychologique de Berlin, 5 novembre 1877, par REMAK ; discussion consécutive : BERNHARDT, EWALD, WESTPHAL, SANDER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n*° 21, *p.* 308 *et* 309, 27 *mai* 1878).

Homme de 31 ans, intelligent ; son frère est mort à l'âge de 23 ans en état de mal épileptique. Lui-même fait remonter l'origine des troubles qu'il présente à une vive émotion ressentie en juin 1876. Sa main gauche devint graduellement le siège de mouvements anormaux tels que dès le mois d'octobre suivant, l'écriture était gênée à cause de la mobilité incessante du papier. Depuis 1 mois seulement il éprouve de légers troubles dans le pied gauche et un certain embarras de la parole qui n'a d'ailleurs jamais été très facile. Jamais de vertiges, de pertes de connaissance ou de convulsions; aucun affaiblissement des facultés intellectuelles.

Les mouvements anormaux des doigts gauches deviennent des plus manifestes, lorsque, les doigts étendus, la main repose par sa face dorsale sur un plan plus ou moins résistant. On remarque aussitôt des mouvements incessants, rapides, alternatifs de flexion et d'extension, d'adduction et d'abduction, qui sont surtout prononcés pour le petit doigt et l'annulaire, en sorte que la main tend peu à peu à prendre la même attitude d'adduction que celle résultant d'une excitation électrique portant sur le nerf cubital. Des mouvements analogues agitent les muscles de l'avant-bras et les interosseux; rien de semblable dans le bras ni dans l'épaule.

En modifiant la position de la main, on modifie d'une façon correspondante

les mouvements anormaux des doigts : ainsi, lorsque la main repose sur sa face palmaire, les doigts semblent jouer du piano.

Ces mouvements s'exagèrent dès que l'attention du malade est portée dessus; ils semblent cesser pendant le sommeil, mais pour s'endormir, le sujet est contraint de placer sa main sous son dos.

Les mouvements volontaires n'exercent aucune influence sur les contractions morbides.

En somme, il n'y a là, à proprement parler, ni ataxie, ni projection choréique, mais une sorte de tremblement qui rend impossibles les mouvements exigeant de la précision.

Aucune diminution de l'énergie musculaire. L'avant-bras gauche, loin d'être hypertrophié, a 1 centimètre de moins que le droit. Ni rigidité, ni lésions de la sensibilité. Une exploration électrique soigneuse fournit les mêmes résultats que du côté sain.

Quand la face est au repos, on aperçoit de temps en temps quelques contractions du côté gauche, au niveau du sphincter palpébral et des joues; d'ailleurs le facial n'offre aucune trace de paralysie.

Les contractions du visage s'accusent davantage dans les mouvements volontaires et surtout quand le malade parle. La parole ne présente d'autre trouble que de la lenteur.

Aucune déviation, mais un peu de tremblement de la langue. Dilatation modérée et égale des pupilles.

Le membre inférieur est le siège de mouvements anormaux identiques, mais moins intenses : flexion et extension des orteils; par moments, mouvements saccadés dans le cou-de-pied, sans aucune hypertrophie, sans diminution de la force musculaire, ni contracture, ni troubles de la sensibilité. Les réflexes tendineux manquent dans les deux articulations tibio-tarsiennes; ceux des genoux sont les mêmes des deux côtés. Quand le sujet a longtemps marché, il ressent un peu de gêne dans le pied gauche.

La galvanisation de la nuque, avec le pôle positif, a déterminé chez ce malade, une amélioration sensible.

Bernhardt, de même que Remak d'ailleurs, ne voit pas là un exemple d'athétose; en effet, toute trace de paralysie fait défaut; il n'existe ni anesthésie, ni hypertrophie et les mouvements sont plus convulsifs, plus saccadés, plus rapides.

Ewald, *Westphal*, *Sander* partagent aussi cet avis.

Remak fait remarquer que dans le syndrome clinique décrit sous le nom d'athétose, il n'y a d'élément constant que les mouvements involontaires; or, de même qu'ils peuvent coexister avec une hémiplégie, une hémianesthésie et correspondre à des lésions en foyer, de même ils peuvent exister indépendants de tout autre trouble et tenir à une névrose. C'est là un fait important pour le traitement et qui ressort de l'observation qu'il a relatée plus haut. J. B.

A fatal case of railway spine (Commotion cérébro-spinale mortelle consécutive à un accident de chemin de fer), par Mac SWINEY (*The Dublin journ. of med. sc., p.* 455, *déc.* 1878).

Madame H..., âgée de 40 ans, voyageait le 27 février, dans un train qui vint se heurter contre des wagons laissés sur la voie. Le choc fut considérable : pourtant, au bout de quelques instants, la patiente put marcher, et elle ne se plaignit point pendant deux jours. Au bout de ce temps, elle commenca à se

sentir très faible, à pâlir, et accusa des douleurs généralisées : elle dût se coucher pendant une semaine. A cette date, elle se plaignait surtout de besoins d'uriner fréquents, de douleurs dans le bassin et la jambe gauche, et d'insomnie. Il y avait une grande excitabilité nerveuse : le pouls battait 120 fois par minute : la pression sur le bas-ventre et les reins était pénible.

Les jours suivants, ces symptômes persistent ; le pouls reste très fréquent, la langue blanchâtre, la miction douloureuse, le côté gauche du tronc et du bassin fort sensible. On ne constate aucune paralysie, mais des irradiations douloureuses vers le membre inférieur gauche : les urines sont très alcalines, non albumineuses : l'hypéresthésie cutanée fait des progrès : le bruit d'une voiture produit chez la malade un ébranlement excessif.

20 jours après l'accident, la situation générale s'aggrave : des vomissements surviennent ; la fièvre est permanente, s'accompagnant par intervalle de délire et d'excitation maniaque : puis à cette phase d'exaltation succède de la dépression cérébrale et ces alternatives se répètent plusieurs fois. Enfin, le 14 avril, six semaines environ après l'accident, elle est prise de convulsions épileptiformes, et meurt cinq jours après, dans le coma.

A propos de ce fait, auquel malheureusement la sanction anatomique manque, l'auteur fait l'historique de la question des accidents causés par les commotions de ce genre, et insiste sur leur mécanisme. Le choc éprouvé varie considérablement suivant la vitesse initiale du train, et surtout suivant la brusquerie de son arrêt. Ce qu'il faut savoir, c'est que des traumatismes graves peuvent être infligés à la moelle, sans que pendant les premiers jours il y ait des symptômes menaçants en apparence. Réciproquement, comme l'a fait remarquer Wilks (*Diseases of the nerv. Syst.* p. 237) un choc léger peut entraîner ultérieurement des accidents fort graves et même mortels.

En ce cas particulier, on pouvait se demander si l'on avait affaire à une anémie spinale, ou à de l'hystérie : l'auteur rejette ces deux hypothèses. Il cherche à expliquer l'hyperesthésie excessive que présenta la malade, et invoque la supposition d'une méningite spinale subaiguë, accompagnée de congestion de la moelle. H. RENDU.

Contribution à l'étude de la méningite spinale tuberculeuse, par L. CHATEAUFORT (*Thèse de Paris*, 1878).

L'auteur, après avoir réuni les quelques observations publiées de cette forme spéciale de méningite tuberculeuse, arrive aux conclusions suivantes :

Les lésions des méninges spinales se rencontrent dans la majorité, sinon dans la totalité (?) des cas de méningite tuberculeuse. Habituellement la méningite cérébrale est l'affection prédominante, la méningite spinale n'est qu'un épiphénomène souvent méconnu : parfois cependant les accidents spinaux précèdent dans leur apparition les manifestations encéphaliques.

Anatomiquement, les lésions dans les deux cas sont identiques : aux infiltrations tuberculeuses des méninges encéphaliques qui amènent le ramollissement des circonvolutions correspondent des infiltrations analogues développant des myélites tantôt diffuses, tantôt circonscrites.

Les symptômes qui se sont rencontrés le plus souvent dans les observations signalées sont les suivants : des troubles de la sensibilité, caractérisés par des douleurs rachidiennes irradiées vers les membres, de l'hypéresthésie cutanée, des ilots d'anesthésie disséminés. Simultané-

ment, ou successivement on observe des troubles de la motilité, des crampes et des contractures, faisant place ultérieurement à des parésies ou à de vraies paraplégies (fait de Debove). Comme dans les paraplégies par myélite transverse, on observe en pareil cas des troubles de la miction, de la rétention ou de l'incontinence d'urine, de la constipation et des lésions de décubitus.

Bien qu'il soit souvent fort difficile de discerner dans le cours de la méningite tuberculeuse la part qui revient à l'affection du cerveau et celle qui est due à la lésion spinale, il est possible dans quelques cas d'affirmer l'existence de granulations sur la moelle rachidienne, presque toujours on peut la soupçonner.

La méningite spinale tuberculeuse n'a du reste ni une marche, ni une étiologie spéciale; elle évolue le plus souvent en même temps qu'une méningite cérébrale; il y a presque toujours simultanément tuberculose cérébro-spinale.

On ne connait pas jusqu'à présent de faits de guérison de cette affection; cependant il est probable que la méningite spinale, de même que la méningite cérébrale, peut présenter des arrêts et des rémissions.

Cette thèse intéressante donne *in extenso* la plupart des observations de méningite tuberculeuse spinale, publiées par Liouville, Magnan, Hayem, Troisier, Hutinel, etc.; deux faits personnels y sont relatés en détail. H. RENDU.

Note sur un cas de gliosarcome ayant simulé une méningite tuberculeuse, par RENDU (*Soc. méd. des hôpitaux*; *Union médicale*, 28 *janvier* 1879).

D..., âgé de 16 ans est apporté à l'hôpital dans un état de stupeur très prononcé; il indique pour tous renseignements que depuis 15 jours il a été pris de céphalalgie frontale, de rachialgie, de troubles de la vue, et de vomissements. A son entrée, il a de la diarrhée; son ventre est excavé; la respiration est par instants suspirieuse, entrecoupée de hoquets ou de bâillements; le pouls est irrégulier, la température peu élevée.

Les jours suivants la rachialgie diminue, mais la somnolence fait des progrès; l'enfant pousse des plaintes continuelles et a de temps en temps du trismus et du mâchonnement.

Tous les signes d'une méningite se manifestent tour à tour, et le malade meurt après avoir présenté dans les derniers jours, une paralysie incomplète des membres du côté gauche, et quelques secousses convulsives du bras droit.

A l'autopsie, on ne trouve aucune trace de tubercules dans les différents viscères, ni dans les méninges cérébrales. Les ventricules latéraux contenaient une quantité assez considérable de liquide. Sur la partie postérieure de la couche optique droite existait une tumeur, grosse comme un œuf de poule qui pénétrait dans le ventricule latéral droit, et envoyait des prolongements vers le lobe occipital dans la substance blanche de l'encéphale sur une longueur de 3 à 4 centimètres. La tumeur était molle, comme gélatineuse, d'un jaune verdâtre, gorgée d'un liquide épais, filant, jaunâtre, d'aspect huileux.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un gliome constitué par des cellules arrondies, petites, agglomérées ou disséminées, toutes nucléées, les unes d'aspect embryonnaire, les autres devenues fusiformes et disposées en bandes parallèles. H. L.

I. — **Recherches sur l'anatomie pathologique des atrophies musculaires, par Georges HAYEM** (*In-4°, avec 10 planches, Paris*, 1877).

II. — **De l'atrophie musculaire consécutive aux maladies des articulations. Étude clinique et expérimentale, par Em. VALTAT** (*Th. doct. Paris*, 1877).

III. — **Des atrophies consécutives à quelques affections articulaires, par Ed. DARDE** (*Thèse doct. Paris*, 1877).

IV. — **De l'atrophie du deltoïde consécutive à l'arthrite scapulo-humérale, par BOCQUET** (*Thèse de Paris, n° 316*, 1878).

V. — **De l'atrophie musculaire consécutive aux fractures, par Émile SABATIÉ** (*Thèse de doct. Paris*, 1878).

VI. — **De l'atrophie du membre abdominal dans la coxalgie, par BERGUIEN** (*Thèse de doct. Paris*, 1877).

VII. — **Considérations sur le rhumatisme blennorrhagique et plus spécialement sur l'atrophie musculaire consécutive, par Gabriel URDY** (*Th. doct. Paris*, 1878).

VIII. — **Sur un cas d'atrophie musculaire portant sur les muscles de l'épitrochlée et consécutive à une luxation du coude réduite. Guérison par les courants continus, par Paul BERGER** (*France médicale, p.* 537, 1877).

IX. — **De l'adipose sous-cutanée dans ses rapports avec les atrophies musculaires, valeur séméiologique de ce signe, par J. VERGNES** (*Thèse doct. Paris*, 1877).

I. — M. Hayem s'est proposé de réunir dans un travail d'ensemble l'histoire anatomo-pathologique des atrophies musculaires, quelles que soient du reste les conditions pathogéniques qui leur donnent naissance. Sous le nom d'atrophies musculaires, il comprend toutes les lésions des muscles dans lesquelles les fibres striées ont disparu en plus ou moins grand nombre ou subi seulement une diminution de volume. Dans un premier chapitre il étudie avec détails le tissu musculaire normal et les modifications que peut présenter la substance striée dans certaines conditions : ses recherches sur la formation des blocs vitreux sous l'influence des traumatismes ou de l'action de certains réactifs, et sur les altérations cadavériques du muscle méritent une attention toute particulière, elles sont résumées dans les conclusions suivantes (p. 19) :

1° Loin d'être une modification cadavérique n'ayant par conséquent aucune valeur anatomique, la transformation vitreuse des fibres musculaires est, au contraire, une altération particulière aux fibres vivantes et dans laquelle la contractilité joue probablement un rôle important.

2° La mort des fibres musculaires s'annonce anatomiquement par une modification spéciale du contenu strié et par la perte de la propriété de se transformer en matière vitreuse au contact de certains liquides.

3° Les fibres musculaires résistent longtemps au processus de décomposition et les modifications profondes qu'elles subissent alors sont difficiles à confondre avec les altérations pathologiques. Chez la grenouille, cependant, la putréfaction produit des aspects très analogues à ceux des fibres dégénérées pendant la vie.

Le deuxième chapitre est consacré à l'histoire de l'anatomie patholo-

gique générale du tissu musculaire. L'auteur y passe successivement en revue les lésions du contenu strié (modification de la striation, tuméfaction trouble, atrophie simple, dégénérescences diverses), des cellules musculaires (tuméfaction, multiplication, néoformation, atrophie, dégénérescences), du sarcolemme, du périmysium des vaisseaux et des nerfs intra-musculaires.

Ces préliminaires établis, il entre dans le cœur même du sujet, c'est-à-dire dans la description des altérations des muscles correspondant aux différentes variétés étiologiques de l'atrophie musculaire. Les atrophies d'origine nerveuse sont les plus fréquentes de toutes. Dans les cas où l'atrophie est la conséquence d'une simple suppression de l'incitation volontaire (hémiplégie de cause cérébrale, inaction prolongée, etc.) les lésions des muscles sont peu importantes : quelques fibres ont subi une atrophie simple, la plupart ont conservé leur volume et présentent seulement un léger degré de dégénérescence granulo-pigmentaire, dégénérescence qui explique la teinte plus brune des muscles déjà signalée depuis longtemps par M. Charcot. Les atrophies consécutives aux lésions destructives des cellules des cornes antérieures de la moelle sont caractérisées par des lésions plus profondes. Dans la myélite centrale aiguë, dont l'auteur a pu observer 3 cas, les fibres musculaires subissent une dégénérescence graisseuse aiguë ; elles présentent les apparences connues sous le nom de tuméfaction trouble ; leurs noyaux sont gonflés. Dans la paralysie infantile et dans les affections chroniques de la moelle (atrophie musculaire progressive, scléroses rubanées, myélites partielles, etc.), les fibres musculaires offrent des modifications nombreuses. Quelques-unes présentent une atrophie simple avec ou sans prolifération des noyaux ; d'autres sont en voie de dégénérescence granuleuse avec multiplication et, plus tard, atrophie des noyaux qui peuvent former des amas assez volumineux dans les gaînes du sarcolemme; d'autres sont infiltrées de granulations pigmentaires ou présentent des modifications de la striation. Quant à la dégénérescence vitreuse, son existence est douteuse dans les amyotrophies de cause spinale, car elle n'a encore été rencontrée que par les auteurs ayant examiné les muscles à l'aide du harpon, notamment par Friedreich.

Enfin au fur et à mesure que les fibres musculaires s'atrophient le tissu interstitiel s'épaissit et se charge de vésicules adipeuses plus ou moins abondantes. Des altérations semblables s'observent dans les amyotrophies consécutives aux lésions des nerfs (névralgies, névrites, traumatismes, etc.).

Relativement à la physiologie pathologique de ces atrophies musculaires liées à des altérations de la moelle ou des nerfs, l'auteur, après avoir exposé et discuté les diverses opinions émises par les auteurs se range parmi les partisans de la théorie des actions trophiques. Il admet que les cellules des cornes antérieures de la substance grise de la moelle possèdent à la fois une action motrice et trophique sur les muscles correspondants et que cette action se transmet par l'intermédiaire des nerfs moteurs.

Il en résulte que toutes les altérations capables de supprimer ou de diminuer l'action des cellules médullaires sur les muscles sera suivie d'une paralysie avec atrophie concomitante.

L'étude des amyotrophies d'origine dyscrasique constitue une des parties les plus originales du travail de M. Hayem. Il résulte de ses recherches que l'inanisation suraiguë ne produit pas d'altérations notables des muscles. L'inanisation rapide (marasme aigu) amène au contraire des lésions musculaires très appréciables.

Dans ce cas les muscles sont d'une coloration rouge violet semi-transparente; ils sont mous, visqueux, gluants; leurs vaisseaux sont gorgés de sang : toute trace de graisse interstitielle a disparu. Les fibres examinées à l'état frais paraissent diminuées de volume, semi-opaques, comme poussiéreuses, et la plupart d'entre elles semblent formées par une substance semi-liquide grisâtre dans laquelle la striation a presque complètement disparu; d'autres sont en voie de dégénérescence granulo-pigmentaire ou granulo-graisseuse.

Les cellules musculaires ne sont pas multipliées; quelques-unes sont devenues vésiculeuses. Ces altérations musculaires sont diffuses : elles portent irrégulièrement sur tous les muscles, y compris le cœur.

Les altérations du marasme chronique sont très analogues. Les muscles amaigris sont d'une couleur rosée grisâtre, parsemées de lignes ou de tâches jaunâtres : ils sont mous, flasques, pâteux. Les lésions microscopiques sont diffuses, et leur répartition est inégale, irrégulière; elles consistent en atrophie simple avec conservation de la striation, dégénérescence granuleuse, dégénérescence graisseuse et dégénérescence pigmentaire. Dans le périmysium existent souvent des foyers d'adipose interstitielle et des lésions hémorrhagiques. Les amyotrophies consécutives aux maladies aiguës avec altération du sang sont complexes. Les unes sont diffuses et portent sur un point quelconque du système musculaire; d'autres sont limitées à certaines régions. Les premières ressemblent plus ou moins à celle du marasme aigu : congestion des muscles, modifications de la striation, dégénérescences diverses et partielles du contenu strié. Toutefois, parmi ces dégénérescences on trouve fréquemment la transformation vitreuse qui est exceptionnelle dans le marasme. Les lésions circonscrites ont au contraire tous les caractères des lésions inflammatoires; elles constituent les myosites symptomatiques avec toute la série de leurs complications (hémorrhagies, suppuration, etc.) et aussi de leurs chances de guérison par le fait de la régénération des fibres altérées. Pour terminer, l'auteur étudie rapidement les amyotrophies consécutives à certains empoisonnements, et celles qui résultent des affections primitives des muscles.

II. — Les recherches de M. Valtat sur les atrophies musculaires consécutives aux maladies des articulations ont rappelé l'attention sur certaines amyotrophies symptomatiques signalées, incidemment par Hunter, Bonnet et Roux à la suite de l'entorse, indiquée par plusieurs chirurgiens comme une des complications possibles des fractures et des arthrites rencontrées par divers médecins dans le cours du rhumatisme articulaire (*Thèses* de Beziel, 1864, Collette, 1872, Sabourin, 1874) et étudiées d'une façon plus spéciale par M. Le Fort (*Bull. Soc. chir.*, 1876). D'après M. Valtat, presque toutes les affections aiguës ou chroniques, spontanées ou traumatiques des articulations retentissent sur les muscles du voisinage et déterminent en même temps la paralysie et l'atrophie de certains muscles plus ou moins voisins de l'articulation affectée. La paralysie précède d'ordi-

naire l'atrophie : elle est le plus souvent incomplète et temporaire. L'atrophie au contraire est plus tardive et plus durable. Elle peut se montrer dès les premiers jours de la seconde semaine qui suit le traumatisme articulaire. Elle n'envahit pas indifféremment tous les muscles : elle se localise de préférence sur les extenseurs (triceps, deltoïde, fessiers, etc.). Elle se caractérise par l'amaigrissement de la région, l'aplatissement des saillies normales. La contractilité électrique persiste le plus souvent : on l'a trouvée diminuée dans des cas anciens. Lorsque l'atrophie est une fois établie, elle persiste aussi longtemps que dure l'affection articulaire et ne tend à s'améliorer que lorsque l'arthropathie est elle-même guérie. Cette étude clinique est complétée par des recherches expérimentales d'un haut intérêt. En provoquant sur des chiens et des cobayes des lésoins diverses des articulations (entorses, contusions, dilacérations de la synoviale, injections irritantes d'ammoniaque ou d'huile de moutarde), M. Valtat a constamment vu se produire une émaciation rapide des muscles adjacents ; à l'examen microscopique il a constaté une atrophie simple des fibres musculaires sans altération de la striation ni multiplication des noyaux du sarcolemme. Le traitement consiste dans l'emploi des courants continus auxquels on peut associer la faradisation pratiquée avec prudence.

III. — M. Darde a eu l'occasion d'étudier des faits analogues à ceux qui font l'objet du travail de M. Valtat. Il insiste surtout sur les atrophies consécutives aux entorses. L'atrophie, d'après lui, s'observe principalement sur les muscles qui siègent au-dessus de l'articulation malade : elle porte à la fois sur les muscles et sur les os et s'accompagne souvent de raccourcissement du membre. Les muscles atrophiés sont tantôt mous et flasques, tantôt durs, rigides : il peut y avoir de la contracture et des rétractions tendineuses permanentes. Enfin, il existe souvent des troubles de la sensibilité de la peau qui recouvre les jointures et les muscles affectés. Ces amyotrophies peuvent succéder à des lésions articulaires en apparence très bénignes. Leur pronostic est grave : si elles se sont pas traitées, elles persistent indéfiniment et s'étendent progressivement ; si on leur applique un traitement convenable, elles peuvent guérir après quelques semaines. Quant à leur pathogénie, sans se prononcer d'une façon absolue, l'auteur pense que ces atrophies s'expliquent le plus souvent par une action réflexe agissant sur la nutrition du muscle. Quant au traitement, il recommande, comme M. Valtat, l'emploi des courants continus.

IV. — L'auteur expose dans cette courte monographie les idées de M. le professeur Vulpian sur le mécanisme de l'atrophie musculaire succédant à une arthrite. Ce point avait déjà été mis en lumière dans la thèse de M. Valtat.

L'atrophie serait due à la suspension de l'action des centres trophiques, d'où partent les fibres nerveuses motrices, déterminée par l'irritation des nerfs sensitifs de la synoviale. Dans d'autres cas il y aurait perversion de l'action trophique et atrophie par suite de ce trouble des centres nutritifs. Dans cette hypothèse, il s'agirait d'une véritable atrophie réflexe.

Le traitement le plus favorable reste toujours l'électrisation régulièrement faite, soit faradique, soit voltaïque.

V. — M. Sabatié a étudié les atrophies musculaires de cause locale et plus particulièrement celles qui se produisent consécutivement aux frac-

tures des membres. Cette complication des fractures est très fréquente. Elle a été signalée depuis longtemps par MM. Gosselin (*Gaz.hebd.*, 1859), Lejeune (*Th. doct. Paris*, 1859), Tillaux (*Th.agrégat.*, 1866). Elle se développe aussi bien sur des membres comprimés dans des appareils que sur des membres non comprimés et ressemble tout à fait par ses caractères cliniques aux amyotrophies qui sont sous la dépendance des lésions articulaires.

VI. — La coxalgie s'accompagne constamment d'une diminution de volume des membres inférieurs. Cette diminution de volume porte à la fois sur les os et sur les muscles. Des nombreuses mensurations rapportées dans le consciencieux travail de M. Berguien il résulte que les os subissent un arrêt ou plutôt une lenteur de développement et non pas une véritable atrophie. Aussi on n'observe pas d'atrophie des os dans les cas où les sujets avaient dépassé la huitième année lorsque la coxalgie a débuté. Les muscles au contraire subissent une véritable atrophie, cette atrophie musculaire existe dans presque tous les cas de coxalgie ; elle ne faisait défaut que deux fois sur 59 cas observés par l'auteur. Elle est d'autant plus marquée que la coxalgie est plus ancienne et à ancienneté égale elle est plus forte dans les coxalgies suppurées que dans celles qui ne sont pas arrivées à suppuration. Elle porte sur tous les muscles du membre abdominal aussi bien sur ceux de la jambe et du pied que sur ceux de la cuisse.

VII. — L'atrophie musculaire peut survenir dans le cours du rhumatisme blennorrhagique comme dans les autres variétés de rhumatisme. Elle se montre surtout dans les cas très aigus : elle se développe insidieusement et peut survenir peu de temps après le début des accidents articulaires ou au contraire tardivement. Elle porte de préférence sur les muscles voisins des grandes articulations; les muscles atteints sont en général les extenseurs, mais on peut dire qu'aucun muscle péri-articulaire n'échappe à l'influence morbide. Les contractilités faradique et galvanique sont conservées dans les muscles atrophiés. L'atrophie s'établit rapidement; puis sa marche est lente, continue, progressive; elle peut aller jusqu'à la destruction complète des muscles d'un membre, mais le plus souvent elle s'arrête d'elle-même avant d'avoir amené ce fâcheux résultat. Les traitements employés jusqu'ici ne paraissent pas avoir amené de résultats décisifs : l'emploi des courants continus a été suivi d'amélioration.

VIII. — Le malade dont l'histoire est rapportée par M. Berger fut pris, à la suite d'une luxation du coude réduite, d'une arthrite aiguë. Le membre fut maintenu dans l'immobilité pendant près d'un mois. Au bout de ce temps les muscles épitrochléens étaient tellement amaigris qu'il existait une dépression à la place de la saillie ordinaire du rond pronateur. Les autres muscles de l'avant-bras étaient sains. La guérison de cette atrophie ne fut obtenue qu'après cinq mois de traitement par des courants descendants (12 éléments Trouvé).

IX. — Dans un certain nombre de cas d'atrophies musculaires, la diminution du volume des muscles est masquée par une production exagérée de tissu adipeux dans les couches profondes de la peau. Cette adipose sous-cutanée peut être reconnue par la mensuration comparative de l'épaisseur des plis de la peau dans la région affectée et dans la région

symétrique. Elle a une certaine importance séméiologique, car elle n'existe pas indifféremment dans toutes les variétés d'atrophie musculaire. D'après M. J. Vergnes dont les conclusions sont conformes à celles qu'avait émises antérieurement M. Landouzy (*R. S. M.*, XII, 76), l'adipose sous-cutanée : 1° *manque* dans l'atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne ;

2° *existe* d'une manière variable dans la paralysie infantile ;

3° *existe habituellement* dans les autres amyotrophies.

La physiologie pathologique de l'adipose sous-cutanée qui se développe parallèlement aux atrophies musculaires est mal connue. Elle ne saurait être attribuée à la plus grande quantité de sucs nutritifs que reçoit le tissu cellulaire, quand les muscles sont atrophiés. Elle ne dépend pas non plus de l'inactivité musculaire. Il est plus logique de la rattacher à une perturbation nerveuse qui, produisant un trouble vaso-moteur dans les parties atrophiées, déterminerait une moindre combustion de la graisse, laquelle par suite s'accumulerait dans les mailles du tissu conjonctif sous-cutané. PITRES.

Maladies du système circulatoire.

Du diagnostic et du traitement des maladies du cœur, et, en particulier, de leurs formes anormales, par G. SÉE. Leçons professées à la clinique de la Charité, 1874-1876, recueillies par LABADIE-LAGRAVE (1 *vol. de 472 pages, chez A. Delahaye*, 1879).

Ces leçons sont consacrées à l'histoire des formes anormales des maladies du cœur, l'auteur laissant de côté, à dessein, les formes *typiques* et *anatomiques*, ainsi dénommées, les premières, parce qu'elles présentent le cortège complet des signes physiques et rationnels des cardiopathies, les secondes, parce qu'elles sont caractérisées exclusivement par des signes physiques, sans troubles fonctionnels avec ou sans hypersarcose concomitante.

M. G. Sée décrit, sous le nom de formes *anormales*, les maladies du cœur frustes ou larvées, dans lesquelles les signes physiques font défaut et les symptômes rationnels sont plus ou moins incomplets.

Ces maladies du cœur frustes revêtent le plus communément quatre formes distinctes que M. Sée étudie en détail l'une après l'autre.

La première et la plus importante de ces formes est la forme *pulmonaire* dans laquelle l'auscultation la plus attentive du cœur ne fait découvrir aucun bruit anormal, aucun signe stéthoscopique appréciable et qui se traduit par des troubles respiratoires, par des symptômes exclusivement pulmonaires tels que : asthme, dyspnée, hémoptysie.

Par la description minutieuse que M. Sée prend soin de nous faire de cette *modalité pulmonaire* de certaines maladies du cœur, le lecteur, mis à même de la dépister sous son masque pulmonaire, apprendra à la distinguer d'une série d'autres dyspnées (asthmatique, catarrhale, emphysé-

mateuse, chlorotique, hystérique, urémique) avec lesquelles trop souvent elle a été confondue.

En opposition avec la forme *dyspnéique ou asthmatique*, M. Sée étudie la forme *hémoptoïque* dans laquelle tout signe stéthoscopique faisant aussi défaut, l'affection cardiaque se révèle uniquement par l'hémoptysie à laquelle on ne saurait attacher trop d'importance diagnostique.

Dans la *seconde* forme (la plus fréquente avec la première), décrite sous le nom de forme *hydropique*, les signes stéthoscopiques font encore complètement défaut. Le seul phénomène objectif est l'œdème des membres inférieurs, parfois même l'anasarque plus ou moins généralisée, mais, sans albumine.

Les formes *fonctionnelles* constituent le *troisième* groupe des cardiopathies larvées. Ces formes, dans lesquelles on n'observe ni dyspnée, ni hémoptysie, ni œdèmes, sont uniquement constituées soit par des palpitations, soit par des troubles que M. Sée décrit sous le nom d'*arhythmies* et qui comprennent : les intermittences et les irrégularités du cœur et du pouls; les dédoublements des bruits du cœur; l'absence de l'un des bruits du cœur. Dans ce groupe rentrent encore deux autres troubles fonctionnels, dont l'importance n'a d'égale que la gravité: les syncopes et l'angine de poitrine.

Le *quatrième* groupe enfin est constitué par les troubles cérébraux, aboutissant à de véritables *encéphalopathies cardiaques* se manifestant sous forme de céphalalgie, de vertiges, d'insomnie, d'excitation maniaque, enfin d'accidents comateux ou convulsifs, tous phénomènes ressortissant à des gênes circulatoires encéphaliques auxquelles sont imputables encore les troubles oculaires fréquemment notés dans les affections du cœur.

A cette étude de chacune des formes larvées des maladies du cœur dans laquelle, on le voit, M. Sée a touché à l'un des points les plus importants et les plus difficiles de la pratique, il a joint des leçons sur la maladie de Basedow qu'il estime être sous la dépendance d'une paralysie du système frénateur du cœur, c'est-à-dire d'une paralysie du pneumo-gastrique.

Les chapitres qui suivent sont consacrés à la thérapeutique générale du cœur, puis à la thérapeutique appliquée aux formes anormales des maladies cardiaques : questions difficiles et délicates auxquelles M. Sée a pris soin de préparer ses auditeurs par une étude sur l'innervation du cœur, étude sans laquelle ils ne pourraient comprendre ni l'importance ni le mode d'action des médicaments cardiaques.

La digitale, le chloral, le bromure de potassium, les sels de potasse et la vératrine sont l'objet, chacun, d'une discussion complète dans laquelle sont successivement passées en revue leur histoire, leur pharmacopée, leur action physiologique, leurs indications et contre-indications.

Nous ne pouvons résumer chacun de ces chapitres dans lesquels nous aurions à copier des paragraphes tout entiers, nous ne pouvons qu'en signaler l'extrême importance au point de vue pratique.

A l'étude des médicaments cardiaques proprement dits fait suite celle des diurétiques, au premier rang desquels M. Sée place le lait qu'il a toujours soin, dans ses prescriptions, d'associer au régime habituel, afin d'éviter l'inanition à laquelle conduit le régime lacté exclusif. Ce traitement mixte n'empêche en rien l'action diurétique, action qu'on ne doit

point attribuer à l'eau contenue dans le lait, mais à son sucre et à ses matières salines, ces substances agissant à la manière des sels de potasse et de soude par leur pouvoir osmotique.

Dans un chapitre très substantiel sont envisagés les médicaments modificateurs de la respiration : morphine en injections sous-cutanées et iodure de potassium.

A ces études de thérapeutique générale fait suite la thérapeutique appliquée aux formes anormales des maladies du cœur : leur traitement comprend la mise en œuvre des médicaments cardiaques, ce qui ne veut pas dire médicaments curatifs des affections cardiaques, mais bien d'agents thérapeutiques qui trouvent principalement leur utilité dans les troubles fonctionnels, comme les palpitations, les intermittences, en s'adressant à l'action physiologique du cœur, soit directement, soit par le système nerveux, soit par l'intermédiaire indirect de la circulation sanguine.

Pour les cas contraires, dans lesquels la maladie du cœur retentit sur les organes ou fonctions respiratoires, il devient opportun d'ajouter aux médicaments cardiaques des moyens respiratoires, peut-être même de substituer ceux-ci à ceux-là. C'est alors que M. Sée envisage successivement le traitement des formes dyspnéiques par l'iodure de potassium donné seul, par l'iodure de potassium associé à l'opium ou à la digitale ou encore au chloral, par le bromure de potassium, par l'arsenic, par les aspirations d'iodure d'éthyle (dyspnées paroxystiques), des formes hydropiques, des formes fonctionnelles, notamment des cardiodynies fausses ou vraies, enfin, des formes cérébrales.

Les dernières pages du livre sont consacrées au traitement du goître exophthalmique contre lequel M. Sée emploie l'hydrothérapie combinée avec l'administration de la teinture de vératrum viride prescrite à 10 puis 12 et jusqu'à 20 gouttes par jour, en fractionnant la dose en trois ou quatre fois.

L. LANDOUZY.

Treatment of Neurosal Affections of the Heart (Traitement des névroses du cœur), par J. MILNER FOTHERGILL (*The Lancet*, 8 *et* 15 *décembre* 1877, *p.* 836 *et* 878).

Les névroses du cœur peuvent exister isolément; elles peuvent aussi s'ajouter aux affections organiques de ce viscère, et, s'il est facile, dans les cas types, de diagnostiquer celles qui sont isolées, on a souvent beaucoup de peine à juger sainement des choses, quand une irritabilité considérable accompagne un commencement de dégénérescence musculaire ou lorsqu'une lésion organique effectuée coïncide avec des troubles nerveux. Parmi les circonstances les plus propres à développer les névroses cardiaques isolées ou non, figure, selon l'auteur, l'abus du coït : le praticien ne doit jamais oublier cette cause possible, et fera bien de la rechercher, non seulement chez les jeunes gens et les sujets de mœurs légères, mais chez les hommes d'un certain âge, vivant dans l'état matrimoniel et notoirement fidèles à leurs engagements conjugaux ; des exemples détaillés sont rapportés par le médecin anglais à l'appui de ce précepte.

Il y a plusieurs variétés de névropathies cardiaques, toutes caractérisées par la présence de certains phénomènes et l'absence de certains autres. Ainsi les efforts ne paraissent guère influer sur elles, au lieu qu'ils aggravent notablement les symptômes dans le cas d'affection organique ; on en peut dire autant de l'accumulation, dans le fluide sanguin, d'une grande quantité de matières excrémentitielles. D'autre part, deux phénomènes positifs sont susceptibles d'être observés, ensemble ou isolément, savoir : 1° une impulsion cardiaque énergique avec choc violent de la pointe contre la paroi du thorax ; fréquemment, en pareil cas, l'intervalle qui sépare deux battements consécutifs s'accroît au point de donner au patient la sensation, toujours terrifiante, d'un arrêt du cœur, et, souvent aussi, chez les malades sujets à ces accidents, un effort quelconque provoque une attaque de palpitations que des spectateurs inattentifs attribueraient facilement à une lésion de l'organe ; 2° l'irrégularité ou l'intermittence des battements, phénomène qui, d'après B.-W. Richardson, peut être entièrement indépendant d'une altération matérielle du cœur : il n'est pas rare de constater dans un pouls, d'ailleurs égal et bien rhythmé, des intermissions distinctes qui, justement à cause de ce rhythme et de cette égalité, ne sauraient justifier aucune alarme.

Parfois, surtout chez les femmes, en l'absence de tout autre phénomène nerveux, des attaques de palpitations éclatent sous les prétextes les plus variés et apparemment les plus futiles, tels que le bruit du marteau d'une porte, l'arrivée d'un visiteur, la pensée d'un déplacement, etc. L'auteur en cite un exemple où l'on voit que la malade, heureusement douée physiquement et intellectuellement, avait fini par être assiégée d'appréhensions continuelles qui lui rendaient la vie insupportable et l'empêchaient de vaquer à ses devoirs. Le traitement consista dans l'emploi du bromure de potassium et de la digitale donnés concurremment dans une infusion de cascarille, dans la régularisation des selles au moyen de pilules d'aloès et de myrrhe, et, plus tard, dans la substitution à la première mixture d'un mélange de quinine, de digitale et d'acide bromhydrique. Un plein succès couronna cette médication, mais il s'en faut qu'elle réussisse toujours de même.

Le thé paraît avoir sur les ganglions cardiaques une action qui excite le cœur, le rend irritable et en dérange les contractions. Evidemment la suppression de ce breuvage constitue alors la première indication à remplir ; mais il est remarquable qu'en prescrivant du chocolat et du café, on apporte un remède efficace au mal causé par la théine, principe chimiquement voisin de la partie active de ces substances. A dire vrai, le thé contient, outre la théine, une huile volatile enivrante à laquelle correspond, peut-être, la différence pharmacodynamique.

La lésion d'un organe plus ou moins éloigné détermine quelquefois des névropathies cardiaques, et, chez ces malades, c'est naturellement ladite lésion qu'il faut traiter. Fothergill cite, à ce propos, le cas d'un patient atteint d'une irritation prostatique chez lequel on pouvait estimer le nombre des pulsations à cent cinquante par minute. De tels phénomènes semblent dépendre soit d'une excitation des ganglions cardiaques, soit d'un affaiblissement du rôle modérateur du pneumogastrique.

A côté de ce fait, l'auteur mentionne celui, précisément contraire, d'un homme surmené chez qui se produisait, de temps en temps, une très

pénible interruption des battements du cœur, et dont le pouls se ralentissait sous l'influence d'un effort intellectuel quelconque. Le bromure de potassium et la digitale procurèrent à ce malade, sinon la guérison, du moins une amélioration importante. On peut croire qu'ici le travail cérébral répondant à la pensée entraînait une excitation du vague et, par suite, un affaiblissement fonctionnel des ganglions de Remak.

Le même traitement a réussi au clinicien de Londres dans un de ces cas auxquels Dacosta donne le nom de *cœur irritable*.

Si la névrose cardiaque est liée à la chloro-anémie, la digitale et le bromure de potassium seront moins utiles que les toniques et les reconstituants. Une condition absolument indispensable au succès est de traiter la tendance métrorrhagique ou la leucorrhée, si ordinaires dans ces conjonctures.

La pathogénie des névropathies cardiaques peut être complexe; mais il n'est pas douteux qu'on en doive chercher les éléments dans la constitution de l'appareil nerveux du cœur lui-même. Les ganglions intrinsèques de l'organe, ceux-là qui le font encore battre après qu'on l'a enlevé du corps d'un animal vivant, l'action modératrice et régulatrice du pneumogastrique, plus intense, au moins chez les animaux, dans le vague du côté droit que dans son congénère de gauche, l'existence, au sein de ce nerf, de certaines fibres douées de propriétés accélératrices des pulsations, ce fait que l'irritation du bulbe accroît la rapidité de ces dernières, quand certains tractus nerveux ne sont pas intéressés, tout cela mérite un examen sérieux au point de vue de la solution du problème dont il s'agit. Seulement, il n'est pas toujours facile de déterminer la part de chacune des influences précitées : une systole manque-t-elle; y a-t-il des intermittences dans les contractions du cœur? On peut supposer une irritation du pneumogastrique propre à augmenter le pouvoir d'arrêt de ce nerf; la rapidité des pulsations est-elle accrue? C'est, peut-être, que le susdit pouvoir d'arrêt a diminué ou que les fibres accélératrices du vague sont stimulées par une irritation quelconque. L'obscurité relative qui règne encore sur ces questions ne permet point d'exposer dogmatiquement et sous forme aphoristique les règles du traitement à mettre en usage ; ce qu'on peut dire à cet égard, c'est qu'il est possible d'obtenir du soulagement, et même davantage, en associant les toniques et les sédatifs nerveux, soit la quinine et la digitale avec le bromure de potassium ou l'acide bromhydrique ; à ces moyens, il faut évidemment joindre le repos physique et moral, un traitement convenable des lésions d'organes plus ou moins éloignés, estomac, intestin, utérus, etc., et la réfection du sang, s'il y a lieu, par des doses de fer, qui, faibles au début, seront toujours administrées après le repas. C'est ici un devoir pour le médecin d'affecter une grande confiance dans les ressources dont il dispose : faute de cette précaution, les malades ne pourraient être maintenus dans le calme psychique indispensable à leur guérison. P. GINGEROT.

On the Œtiology of mitral stenosis (Étiologie du rétrécissement mitral), par Dyce DUCKWORTH (*St-Barthol. hosp. Reports, t. XIII, p.* 263, 1877).

Ce travail est fondé sur l'analyse de 80 cas personnels dont l'observation a été soigneusement recueillie. En y joignant les résultats des statis-

tiques publiées antérieurement par Hayden, Fagge, Gairdner et Hyde Salter, l'auteur arrive à un total de 264 cas dans lesquels l'étiologie a été spécialement recherchée. Voici les conclusions qui ressortent de ce mémoire.

1. Le rétrécissement mitral reconnaît le rhumatisme pour origine dans la plupart des cas (60 0/0 environ). En chiffres ronds, les 2/3 environ des malades affectés de cette cardiopathie sont des rhumatisants.

2. Dans l'état actuel de nos connaissances, aucune influence étiologique n'est aussi nettement démontrée que celle du rhumatisme.

3. Il y a de sérieux motifs pour croire que la valvule mitrale est fréquemment atteinte chez les enfants à la suite des fièvres éruptives : chez les adolescents, le rétrécissement mitral survient assez souvent par suite de cette influence.

4. Les traumatismes de la région précordiale, les chocs directs, ne doivent être acceptés qu'avec doute comme facteurs de sténose mitrale.

5. Les formes congénitales d'endocardite ne déterminent presque jamais le rétrécissement.

6. Les femmes sont plus sujettes au rétrécissement mitral que les hommes, dans la proportion de 2 pour 1. (La statistique de Dyce Duckworth donne 78 0/0 de femmes et 21 0/0 d'hommes.)

7. La plupart des malades se présentent vers l'âge de 20 à 25 ans : peu dépassent 45 ans. H. RENDU.

Note sur le diagnostic de la persistance du canal artériel, par FRANÇOIS FRANCK (*Gaz. hebd.*, 13 *septembre*).

L'auteur considère comme suffisants pour établir le diagnostic de la persistance du canal artériel :

1° L'existence d'un *souffle systolique* en arrière de la poitrine, à gauche de la colonne vertébrale, entre les apophyses épineuses et le bord spinal de l'omoplate, à la hauteur des 3e et 4e vertèbres dorsales. Les deux enfants observés par M. François Franck ne présentaient aucun souffle anormal du côté du cœur, des vaisseaux du cou et de la fémorale. — Le bruit respiratoire était pur, sans exagération notable à droite, sans diminution à gauche. — La sonorité de la poitrine était normale des deux côtés. — On entendait uniquement ce souffle systolique.

2° Le *renforcement respiratoire de ce souffle.*

3° L'*exagération considérable* de l'influence des mouvements respiratoires sur le pouls artériel.— Ce pouls examiné au sphygmographe par M. Marey, présentait chez les deux enfants une irrégularité régulière, rhythmée dans l'amplitude des pulsations : à une série de 4 ou 5 pulsations, soulevant énergiquement le doigt, succédaient de 5 à 6 pulsations affaiblies. Il était facile de constater que cette périodicité des inégalités était en rapport avec la respiration ; les pulsations devenaient plus petites pendant l'inspiration, elles augmentaient d'amplitude pendant l'expiration.

4° *L'absence de cyanose*, quand il n'y a pas d'autres lésions congénitales. ARMAND PAULIER.

Ein Fall von Atresie der Lungenarterie mit Verkümmerung des rechten Ventrikels (Un cas d'atrésie de l'artère pulmonaire avec atrophie du ventricule droit), par W. RAUB (*Mediz. Jahrbücher, Heft* 3, 1878).

L'oblitération complète de l'artère pulmonaire est une lésion rare.

L'auteur trouve, sur une petite fille de 29 jours qui a présenté des symptômes de cyanose, une disposition remarquable du cœur droit : l'oreillette droite est considérablement dilatée, surtout pour ce qui concerne l'auricule, longue de 24 millimètres ; l'orifice auriculo-ventriculaire est rétréci et possède des valvules rudimentaires fixées à la paroi du ventricule. Le ventricule droit, très atrophié, peut tout au plus admettre dans sa cavité une petite lentille. On y voit une fossette de la grandeur d'un grain de chènevis qui est le rudiment de l'infundibulum; l'atrésie de l'artère pulmonaire est donc complète; les valvules de ce vaisseau qui est fort étroit à son origine ne sont indiquées que par des replis à peine visibles.

L'oreillette gauche est normale. Le ventricule est relativement volumineux. La cloison interventriculaire existe complètement. Le trou de Botal a ses dimensions habituelles. Un peu au-dessus existe un petit orifice de la grosseur d'une tête d'épingle. Le canal artériel naît de la branche gauche de l'artère pulmonaire à 4 millimètres de sa bifurcation.

Ce fait est remarquable par l'absence des lésions qu'on voit souvent coïncider avec le rétrécissement ou l'atrésie de l'artère pulmonaire : origine normale de l'aorte ou défaut de cloison interventriculaire. Mais ce qui doit surtout attirer l'attention, c'est l'atrophie du ventricule droit. Le sang des veines caves a trouvé un obstacle à son entrée dans le ventricule, au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire rétréci ; il a pu dilater l'oreillette droite et passer, par le trou de Botal, dans le cœur gauche. Rokitansky a signalé ce mécanisme et a montré que des conditions inverses produisaient la dilatation du ventricule droit, dilatation généralement observée dans l'atrésie de l'artère pulmonaire. L. GALLIARD.

Ueber den angebornen Mangel des Herzbeutels in anatomischer, entwiklungsgeschichtlicher und klinischer Beziehung (De l'absence congénitale du péricarde au point de vue anatomique, clinique et embryologique), par FABER (*Archiv für path. Anat. und Phys., t. LXXIV, p.* 173).

Rien n'est plus rare que cette anomalie dont on ne connaît jusqu'ici que 9 cas authentiques. Voici l'observation de Faber :

Homme de 51 ans, malade depuis 10 jours. L'affection a débuté par des frissonnements, un point de côté à gauche, de la toux. Fièvre modérée. L'examen physique permet de constater un épanchement pleurétique assez considérable du côté malade. La matité dépasse le bord droit du sternum. Les bruits du cœur un peu sourds, mais sans bruits anormaux. Le deuxième ton pulmonal un peu plus fort, pas de choc de la pointe au thorax; ébranlement de la région épigastrique.

La thoracentèse fut pratiquée 3 jours après l'entrée à l'hôpital ; 2 lit. 200 de liquide séro-fibrineux. Le cœur a repris sa place; la pointe, est sentie dans le 4e et le 5e espace intercostal du côté de l'aisselle. A la pointe, un bruit de frottement très bruyant couvrant le 1er temps. — Une seconde ponction devint nécessaire : 3 lit. 100. Dans le cours de l'opération, on consta te un

phénomène des plus curieux. On sent le cœur frapper directement la canule introduite sur la ligne axillaire dans le 6e espace intercostal, à 1 centimètre à peine de profondeur. Nouveau soulagement. Mort subite 2 jours après.

A l'ouverture du cadavre, on aperçoit le cœur à nu, suspendu simplement aux gros vaisseaux dans la cavité pleurale : le poumon étant comprimé dans les gouttières vertébrales. Lésions de pleuro-péricardite. Le cœur est dilaté, l'aorte athéromateuse. Valvules saines. Musculature friable. La mort subite n'est pas expliquée.

L'auteur a réuni les 9 cas qui existent dans la science et ajoute quelques réflexions sur divers points de cette étude.

Au point de vue anatomique, on peut distinguer 2 cas. Dans le premier, le cœur est à sa place entre les 2 feuillets de la plèvre, le feuillet gauche couvrant à peu près le cœur gauche; le feuillet droit, l'oreillette droite, de sorte qu'une grande portion de l'organe est dépourvue de séreuse. On ne connaît qu'un cas de ce genre, décrit par Lawson Tait (*Dublin Med. Journal*, XLVII, p. 85, 1869). Dans le second cas, le cœur est entièrement logé dans le poumon gauche, la plèvre refoulée comme un doigt de gant. Le cœur est simplement suspendu aux gros vaisseaux, ballottant de côté et d'autres suivant les mouvements de la respiration, l'espace triangulaire du médiastin est supprimé, l'accolement des 2 feuillets pleuraux est fortement reporté vers la droite, et le diaphragme a le centre phrénique recouvert par la séreuse.

Dans cette catégorie rentrent les 9 autres cas connus, y compris celui de Faber. Vu leur rareté, nous avons cru utile d'en donner l'indication bibliographique.

1° Baillie, *Transact. of Soc. for Impr. of Med. and Chir. Knowledge*, v. I, p. 91.
2° Walter, *Muscul. anat.*, V, 668, *Bergh*, 1805.
3° Otto, *Seltene Beobacht. zur Anat.*, Zweite Samml., Breslau, 1844.
4° Breschet, *Répert. gén. d'an. phys. et clin.*, t. I, p. 67 ; Paris, 1826.
5° Wolf, *Ruft's Mag. f. d. ges. Heilk.*, 1837, t. XXIII, p. 333.
6° Curling, *Medico-chir. Trans.*, 1839, p. 222.
7° Baly, *London med. Gazette*, 1851, p. 40.
8° Weisbach, *Wien. med. Wochensch.*, 1868, n° 69.

Au point de vue de l'embryologie, ces cas exceptionnels sont d'une extrême importance, parce que généralement l'absence de la séreuse n'est jamais absolue. On peut poursuivre pas à pas le développement du péricarde, d'après les vestiges que l'on a décrits dans ces diverses observations, et voici comment on peut se le figurer: « Le péricarde naît d'un repli de la séreuse de la cavité thoracique gauche qui recouvre simultanément le cœur et le poumon de ce côté. Ce repli s'élève de la portion médiastinale vers la base du cœur, d'abord du côté de l'oreillette droite. Pendant que le tissu fibreux se glisse entre les feuillets de ce repli, il continue à s'accroître dans la direction de l'axe longitudinal du cœur et aussi vers le haut, de façon à contourner l'organe de la partie inférieure droite vers la partie gauche. Dans cette évolution, le péricarde contracte les adhérences normales avec le sternum et le diaphragme. En ces endroits où plus tard le péricarde n'est pas recouvert par la plèvre, le feuillet externe du repli perd simplement sa nature séreuse. Il serait utile de faire une étude histologique précise de ces adhérences. »

Dans le chapitre consacré à la clinique, l'auteur essaie d'ébaucher le diagnostic de l'anomalie. Il est à remarquer d'abord que dans 2 ou 3 des observations ci-dessus il y avait épanchement pleurétique, et cette circonstance crée au diagnostic des difficultés insurmontables. Mais lorsque les organes thoraciques sont à l'état normal, il n'en est plus de même, et un examen attentif permet de constater certaines particularités du côté du cœur et du poumon gauche, suffisantes peut-être pour reconnaître l'anomalie.

Dans le décubitus dorsal, le cœur tombe en arrière, la matité cardiaque diminue d'intensité et d'étendue, le choc de la pointe devient plus faible ou disparaît entièrement, les bruits du cœur sont plus sourds en avant, plus retentissants en arrière. Dans le décubitus latéral gauche on pourra percevoir le choc du cœur dans l'aisselle droite. L'organe étant simplement suspendu aux gros vaisseaux, on peut s'attendre à ce que lors de brusques changements de position, il pèse de tout son poids sur ces vaisseaux : d'où des désordres circulatoires passagers que l'on pourra peut-être constater.

Les signes que l'on peut, théoriquement, constater du côté du poumon gauche sont plus vagues: ils dépendent de ceux du cœur. Nous n'y insisterons pas.

Pour ce qui concerne le pronostic, il n'y a rien de connu. L'auteur pense que dans ces cas l'épanchement pleurétique est très dangereux.

Ce mémoire, riche de faits et clairement écrit, se termine par des considérations sur les indications et la méthode opératoire de la thoracentèse. C. ZUBER.

Intorno al significato diagnostico del ritardo del polso della carotide sull impolso del cuore (Sur la signification diagnostique du retard de la pulsation carotidienne sur le choc du cœur), par G. BOZZOLO et M. FIORI (*Giornale della R. Acc. di Med. di Torino, février* 1878; *Anal. in lo Sperimentale, p.* 233, *mars* 1878).

Les auteurs combattent les conclusions du mémoire de M. Tripier (Voy. *R. S. M.*, X, 114). Ils ont noté (à l'aide d'appareils enregistreurs) le retard de la pulsation carotidienne chez des sujets affectés d'altérations cardiaques autres que des insuffisances aortiques, et même chez des sujets tout à fait sains. Le retard de la pulsation carotidienne ne saurait donc plus être considéré comme un signe pathognomonique de l'insuffisance aortique. A. PITRES.

Ueber einen Fall von vollständiger Obliteration der Arteria anonyma, fast vollständiger der carotis, etc. (Un cas d'oblitération complète du tronc innominé, presque complète de la carotide et sous-clavière gauches, compliquée d'anévrysme de l'aorte et de cancer de l'œsophage), 1 planche, par PREISENDÖRFER (*Archiv für path. Anat. und Phys., t. LXXIII, p.* 594).

Le titre indique suffisamment les lésions trouvées à l'autopsie. Le malade, âgé de 45 ans, se plaignait surtout de difficultés dans la déglutition, causées par le cancer de l'œsophage dont il mourut; les autres lésions n'avaient jusqu'alors donné lieu à aucune gêne particulière. L'examen

des organes de la circulation avait révélé trois signes principaux : matité de la région sternale supérieure, léger souffle tout le long du sternum, petitesse extraordinaire du pouls des extrémités supérieures, comparativement à celui des extrémités inférieures ; mais ces symptômes étaient loin de permettre un diagnostic, loin surtout de faire prévoir les singulières oblitérations des artères susnommées. Ces cas sont rares et doivent être probablement attribués, soit à un vice congénital, soit à une artério-sclérose oblitérante. Une préparation toute pareille existe au musée de Cologne, et l'auteur rapporte en peu de mots une observation inédite de Riegel. C. Z.

Sur le bruit de souffle anémo-spasmodique de l'artère pulmonaire, désigné généralement sous le nom de bruit anémique de la base du cœur, par CONSTANTIN PAUL (*Soc. méd. des Hôpitaux, Union médicale*, 12, 19, 26 *mars*, 6, 25 *avril*, 9, 11, 18, 30 *mai*, 18, 25, 27 *juin* 1878).

L'auteur s'est proposé, comme but de ses recherches, de prouver que le bruit de souffle anémique ou spasmodique que l'on entend à la base du cœur siège dans l'artère pulmonaire ; il a toujours employé le stéthoscope flexible de préférence au stéthoscope rigide.

Il rappelle que ce bruit est systolique, qu'il s'entend toujours à gauche du sternum, et presque toujours dans le deuxième espace intercostal, près du sternum, dans le point qui répond au trajet de l'artère pulmonaire ; que si ce bruit est souvent doux, il est souvent aussi rude, rapeux, et s'accompagne alors d'un véritable frémissement cataire et d'un deuxième bruit éclatant qui correspond à la tension des valvules sigmoïdes. Il rapporte 10 observations de ce type; il fait remarquer que dans tous ces cas on a pu entendre un bruit de souffle dans les jugulaires.

Chez d'autres malades on trouve un deuxième type du souffle anémique: ce bruit s'étend plus loin que le deuxième espace intercostal ; il peut se montrer dans les trois premiers espaces intercostaux du côté gauche, tout en conservant son maximum dans le deuxième. Dans une troisième série il range les cas où le bruit, toujours systolique et situé à gauche du sternum, s'entend plus bas, à cheval sur la troisième côte, c'est-à-dire dans le deuxième et le troisième espace intercostal ou dans le troisième espace intercostal et enfin dans le troisième et le quatrième espace intercostal. Dans la quatrième série d'observations, le bruit de souffle, ayant toujours son siège dans l'artère pulmonaire, envoie un prolongement vers la pointe du cœur.

L'auteur se résume en disant que l'anémie donne lieu à des bruits de souffle dans trois organes: dans les veines jugulaires, dans l'artère pulmonaire et dans le ventricule gauche. Le bruit de souffle dans les jugulaires est bien connu ; celui qui siège à l'artère pulmonaire est très fréquent ; celui qui siège au ventricule gauche est exceptionnel. Le bruit anémique s'entend dans le deuxième espace intercostal et son maximum est à 1 ou 2 centimètres du bord gauche de cet os. Ce bruit est systolique, et quand il est prolongé, il couvre le petit silence. Lorsqu'on fait asseoir le malade, lorsqu'on lui fait faire un effort prolongé, ce bruit di-

minue ; lorsqu'on le fait marcher rapidement, ce bruit augmente.

Le bruit de souffle le plus constant est celui des veines jugulaires ; le bruit de l'artère pulmonaire est toujours accompagné par le souffle des jugulaires : et quand il existe un troisième foyer à la mitrale, il en existe toujours deux autres : l'un dans l'artère pulmonaire, l'autre dans les jugulaires. Si l'anémie s'améliore, on voit disparaître successivement le souffle de la mitrale, de l'artère pulmonaire, puis des jugulaires.

Les bruits de l'artère pulmonaire nécessitent pour être produits, deux conditions : l'anémie, le spasme des vaisseaux.

Dans la deuxième partie de son mémoire, l'auteur établit le diagnostic différentiel entre le bruit de souffle anémique et les bruits organiques du cœur.

L'existence du souffle dans les jugulaires, et du souffle dans le deuxième espace intercostal gauche permettent d'affirmer que le malade est anémique et qu'il n'est pas atteint d'une lésion organique à la base du cœur, endocardite aiguë ou rétrécissement aortique. Dans ces deux derniers cas, le souffle est prédominant à droite. L'auteur reconnaît toutefois que le diagnostic est rendu difficile, quand il y a présence simultanée de deux souffles à droite et à gauche du sternum, ou quand avec le souffle des jugulaires on trouve un souffle unique siégeant à la droite du sternum.

Il cherche aussi à établir que, chez les malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, les bruits de souffle que l'on entend passagèrement à la pointe, peuvent être dus non pas à une endocardite de la valvule mitrale, mais à l'anémie ; on pourrait affirmer qu'il en est ainsi, quand le malade présente des souffles dans les jugulaires et à la base du cœur. Il admet toutefois que l'on peut avec les deux derniers souffles anémiques rencontrer un souffle mitral dû à l'endocardite, mais alors ce souffle est persistant.

Dans d'autres cas, le souffle systolique de l'artère pulmonaire peut être dû non à l'anémie, mais à une lésion organique des vaisseaux ; dans ces cas encore, le souffle des jugulaires et les symptômes généraux de l'anémie serviront à établir le diagnostic différentiel.

Des anévrysmes de l'aorte peuvent aussi produire à gauche du sternum un bruit de souffle ; mais celui-ci s'entend en général au deuxième temps, et les caractères du pouls permettront de reconnaître la lésion vasculaire.

L'auteur termine son mémoire par la comparaison entre les bruits extra-cardiaques et le souffle anémique de la base, et montre que ce dernier est beaucoup plus fixe que les premiers qui sont essentiellement variables, et constamment modifiés par le rhythme respiratoire. H. L.

Ueber periodische Haemoglobinurie (De l'hémoglobinurie périodique), par LICHTHEIM (*Sammlung klinischer Vortraege von R. Volkmann*, n° 134, 1878).

Sous le nom d'hémoglobinurie, Lichtheim décrit une affection à marche intermittente, caractérisée par un ensemble de symptômes bien définis

dont l'apparition coïncide avec le passage dans l'urine de la matière colorante du sang, indépendemment de tout élément globulaire.

Voici le tableau que l'auteur trace des accès dans lesquels se décompose cette affection : A la suite d'un refroidissement, les malades (qui jusqu'ici appartenaient exclusivement au sexe masculin) sont pris de picotements dans les doigts et les mains, de tiraillements dans les membres et les lombes et, finalement, d'un frisson d'une intensité variable avec malaise général. Le stade de frisson est suivi d'un stade de chaleur et de sueur, pendant lequel le malade, en proie à une fièvre très forte, rend une urine d'un rouge foncé renfermant de l'albumine. Traitée par la chaleur, cette urine fournit un caillot brun qui surnage. Si ensuite on chauffe le tout après addition d'acide sulfurique et d'alcool, l'hémoglobine renfermée dans le coagulum se dissout dans la partie liquide de l'urine où le spectroscope décèle sa présence. D'ailleurs, en examinant cette urine au microscope il est facile de se convaincre qu'elle ne renferme pas d'éléments globulaires.

Ces accès, qui ressemblent passablement à ceux d'une fièvre intermittente, ont en général une durée beaucoup plus courte. Leur répétition n'est soumise à aucune règle fixe. D'ordinaire, les intervalles francs qui les séparent sont beaucoup plus longs au début de la maladie que lorsque celle-ci dure depuis un certain temps. Parfois on voit plusieurs paroxysmes se succéder dans le cours des vingt-quatre heures, et cela pendant plusieurs jours consécutifs. Puis il peut s'écouler des semaines avant qu'un nouvel accès se produise. Il est hors de doute que c'est l'impression des téguments par le froid qui préside au développement de chacun de ces accès. Ceux-ci ne surviennent que dans le cours de l'hiver, ce qui avait déterminé un auteur anglais, Hassall, à donner à la maladie le nom *d'hématurie hivernale*. Ils font entièrement défaut tant que les malades sont en contact avec la chaleur du lit. C'est là un fait que les observations rapportées par Lichtheim font très nettement ressortir.

L'intensité des attaques est en rapport avec la quantité de matière colorante du sang qui passe dans les urines. La marche de l'affection est essentiellement chronique et sa durée très longue. Au bout d'un certain temps, le teint des malades devient d'un jaune sale qui rappelle la couleur de la cire, et les muqueuses accessibles à la vue prennent une teinte subictérique. En outre, il se développe une anémie et une adynamie qui gagnent en intensité après chaque accès, pour s'amender de nouveau, lorsque ceux-ci viennent à se supprimer durant la bonne saison. Aussi le pronostic est loin d'être facheux *quoad vitam ;* mais il est douteux que la maladie soit susceptible de guérir entièrement.

En l'absence de toute autopsie, il est naturellement impossible d'émettre une opinion précise sur la pathogénie de cette affection. L'auteur se contente de rappeler que l'hémoglobinurie se montre chaque fois que pour une cause ou pour une autre les hématies en circulation dans le sang viennent à être dissociées : ainsi à la suite de la transfusion d'une certaine quantité de sang de mouton (et alors le tableau morbide est absolument le même que celui décrit ci-dessus) ; dans les cas d'empoisonnement par l'hydrogène arsenié, l'acide chlorhydrique et l'acide sulfurique. On peut développer une hémoglobinurie expérimentale chez les

animaux, en leur injectant dans les veines une certaine quantité d'eau, de glycérine ou d'acides biliaires. Enfin les brûlures graves du tégument externe entraînent également le passage de la matière colorante du sang dans l'urine. Dans toutes ces circonstances il y a destruction d'un grand nombre de globules rouges. On peut, par analogie, conclure que pareille chose a lieu dans l'affection décrite par Lichtheim. Mais ce dernier convient qu'on ne saurait accuser le froid, cause occasionnelle des accès, de déterminer la destruction des hématies, dont on ne peut dans l'état actuel des choses donner une explication satisfaisante. On peut soumettre des animaux *bien portants* à une réfrigération très intense sans qu'il en résulte une altération des globules rouges. On ne saurait pas davantage incriminer une lésion rénale, quoique l'endolorissement de la région lombaire soit un symptôme constant qui se montre à chaque nouvel accès. L'altération du sang entraîne certainement un certain degré d'irritation des reins, qui disparaît en même temps que l'hémoglobinurie. Une lésion persistante du rein ne serait du reste pas conciliable avec la composition normale que présente l'urine dans l'intervalle des accès. En fait de traitement, l'auteur recommande l'emploi des préparations ferrugineuses, et le séjour dans un milieu à température élevée. Par contre, il condamne l'emploi des astringents que les médecins anglais ont coutume de diriger contre l'hématurie, état morbide qui ne saurait être confondu avec l'hémoglobinurie. Le sulfate de quinine s'est montré absolument inefficace contre les accès de la maladie. Pendant la durée de ceux-ci, il sera bon de faire prendre au malade des vins généreux ou de l'alcool sous une autre forme.

Il est facile de retrouver dans la description précédente les principaux traits de l'état morbide décrit sous le nom d'ictère hémaphéique, qui existe, comme on le sait, dans tous les états fébriles intenses (froid, pneumonie, fièvres intermittentes); en un mot, toutes les fois qu'il se fait une destruction considérable de globules sanguins. E. RICKLIN.

La fièvre typhoïde, par Ch. MURCHISON (Traduction de LUTAUD, avec notes et introduction de Henry GUENEAU DE MUSSY) (1 *vol. in-8 de* 400 *pages, Germer-Baillière, éd.*, 1878).

Le volume dont la traduction française vient d'être publiée pour la première fois n'a pas besoin d'être recommandé aux médecins. Les discussions récentes qui ont eu lieu sur la fièvre typhoïde en Angleterre et en France, les mémoires nombreux relatifs à l'étiologie de cette pyrexie, ont suffisamment montré que l'ouvrage de Murchison faisait absolument autorité sur toutes ces matières, et que, par le nombre et la valeur des documents, il n'avait pas son égal en France. La récente et très complète revue générale de notre collègue le Dr Homolle sur la fièvre typhoïde (*R. S. M.*, X, p. 314, 681, XI, 729) suffirait seule à cette démonstration, et l'exposé fort remarquable consacré aux doctrines de l'auteur anglais est la meilleure analyse que l'on puisse donner de cette œuvre magistrale.

Nous ne voulons pas ici reproduire, en les affaiblissant, les documents relatifs à l'étiologie de la fièvre typhoïde, qui forment l'idée mère et la con-

ception fondamentale de l'ouvrage. Rappelons seulement que pour Murchison, la fièvre typhoïde est une maladie endémique engendrée et propagée par certaines variétés de matières organiques en décomposition; qu'en un mot, elle reconnaît, partout et toujours, une origine fécale. Mais, pour engendrer le virus typhogène, est-il nécessaire qu'il y ait absorption des produits contagieux émanés du corps d'un typhoïdique, ou bien d'une altération particulière des matières fécales en général? C'est à cette dernière théorie que se rattache Murchison, et cette doctrine, dite pythogénique, s'appuie sur un fonds de faits bien observés et d'épidémies locales suivies minutieusement depuis leur origine jusqu'à leur terminaison.

C'est dans cet esprit, et avec cette rigueur de critique scientifique, que sont discutées toutes les questions afférentes à la fièvre typhoïde. Sur tous les points, le lecteur trouvera dans cet ouvrage des renseignements précis. Aux résultats de son expérience personnelle, l'auteur ajoute une érudition étendue, et une connaissance approfondie de la littérature française et allemande : On peut dire qu'aucun mémoire de quelque valeur qui ait paru sur la fièvre typhoïde n'a été omis dans la description de cette maladie. Avec autant de précision, mais plus de clinique que Griesinger, Murchison passe en revue chaque symptôme, en discute la valeur séméiotique et pronostique, en déduit les conséquences prophylactiques et thérapeutiques : c'est un livre qu'on ne saurait trop relire, non seulement au point de vue doctrinal, mais au point de vue pratique.

A cette œuvre magistrale sur la dothiénentérie est annexé un important chapitre concernant le typhus. Dans l'ouvrage anglais primitif (intitulé *Traité des fièvres continues de la Grande-Bretagne*) était comprise la description de la fièvre relapse. Nous regrettons que le traducteur français ait cru devoir supprimer ce chapitre : car une bonne description de la fièvre relapse n'existe pas en France, et l'étude de cette maladie aurait gagné de son rapprochement avec les autres grandes pyrexies infectieuses. Quoi qu'il en soit, dans la description du typhus, nous retrouvons la même méthode et les mêmes tendances que dans celle de la fièvre typhoïde. Ici encore, c'est le côté étiologique qui est abordé avec prédilection. Pour l'auteur anglais, le typhus est une maladie zymotique engendrée par l'agglomération d'êtres humains dans un milieu insuffisamment ventilé, transmissible par contagion, devenant épidémique dans des périodes de famine et de misère. L'historique lamentable des épidémies d'Irlande en est la preuve bien évidente, et c'est à ce seul point de vue que l'auteur envisage la maladie, sans entrer dans les détails symptomatiques si minutieusement poursuivis à l'occasion de la fièvre typhoïde.

Ce serait donner de la traduction de Murchison une analyse incomplète, que de ne pas mentionner l'introduction de M. Henry Gueneau de Mussy qui forme comme le résumé et le complément de la doctrine de l'ouvrage. Dans un exposé brillant, M. Gueneau de Mussy montre le passé et l'état actuel de la théorie du germe contage, et son avenir possible au point de vue de la connaissance et de la prophylaxie des maladies infectieuses. Partant des faits bien démontrés de transmission du charbon par la bactéridie, de la fièvre récurrente par les spirilles d'Obermeier, il fait voir avec Chauveau, que la plupart des produits virulents connus sont sous

la forme d'éléments solides, les uns animés, jouant le rôle de erments, les autres amorphes en apparence, mais susceptibles d'agir par leur présence sur la constitution des liquides avec lesquels ils sont en contact : difficiles par conséquent à reconnaître et à déterminer, mais affirmant leur existence par les effets désastreux qu'ils produisent.

C'est, comme on le voit, l'application à la médecine, et notamment à la fièvre typhoïde, des doctrines panspermistes de M. Pasteur, contradictoirement aux affirmations des physiologistes qui croient à l'organisation spontanée du protoplasma virulent.

Sans aller aussi loin que Maclagan, qui croit pour la fièvre typhoïde à un micrococcus spécifique (non démontré d'ailleurs, puisque les expériences de Klein sur le parasite en question ont été reconnues erronées par le Dr Creighton, 1876), M. Henry Gueneau de Mussy admet l'existence d'un germe contage agissant à la façon d'un ferment typhogène. Partisan convaincu des théories de Murchison, il montre que les altérations des eaux potables, leur mélange avec les déjections des typhoïsants, sont presque toujours la cause des petites épidémies locales de fièvre typhoïde : l'absorption se fait alors directement par la voie intestinale, et la localisation du contage se produit au niveau des éléments lymphoïdes de l'intestin. C'est ce qui explique comment la contagion directe d'un malade à un autre individu est rare, à l'inverse des fièvres éruptives qui certainement se transmettent par un mécanisme différent et sont bien plus accessibles à l'investigation étiologique. Aussi, sans nier que dans une certaine mesure, la fièvre typhoïde ne puisse se développer spontanément, M. Henry Gueneau de Mussy pense que, dans l'immense majorité des cas, elle se produit sous l'influence de l'introduction d'un germe morbide, le plus ordinairement apporté par les eaux, et d'origine fécaloïde. Il en conclut à la nécessité pratique de surveiller, avec beaucoup plus de soin qu'on ne le faisait auparavant, les eaux potables, et d'empêcher tout mélange possible avec les matières animales en décomposition : relativement à la question si complexe des vidanges, il propose comme moyen pratique de placer entre les égouts et les fosses locales un syphon qui nécessiterait toujours l'interposition d'une nappe d'eau, et empêcherait par suite la communication immédiate des émanations des tuyaux d'égout avec les habitations. Il suffit de voir par cet aperçu rapide, que la question de la fièvre typhoïde, grâce aux travaux de Murchison, est entrée dans une phase nouvelle, et que l'on peut entrevoir, dès à présent, un traitement prophylactique réellement efficace contre cette maladie meurtrière.

H. RENDU.

De la fièvre bilieuse inflammatoire aux Antilles et dans l'Amérique tropicale, par BÉRENGER-FÉRAUD (1 *vol. in-8, 499 pages, 1878, Paris, A. Delahaye*).

Nous empruntons aux principales conclusions de l'auteur, le résumé de ce livre si consciencieusement écrit :

1° La fièvre bilieuse inflammatoire aux Antilles a souvent précédé et suivi la fièvre jaune ;

2° Elle coïncide avec un état spécial de l'atmosphère ;

3° Elle semble antagoniste de la dyssenterie en tant que constitution médicale;

4° Elle a le plus souvent des allures épidémiques.

Le chapitre du diagnostic établit avec soin les différences essentielles qui séparent cette fièvre inflammatoire d'autres maladies : les fièvres paludéennes, bilieuses, mélanuriques, bilieuses hématuriques des pays chauds, l'embarras gastrique des pays chauds, l'accès pernicieux bilieux, la fièvre à rechutes, la fièvre typhoïde à forme bilieuse, l'hépatite fébrile, les fièvres rémittentes bilieuses, l'insolation, la dengue, etc.

L'étiologie révèle que cette fièvre inflammatoire n'est pas une affection paludéenne, ni une fièvre d'acclimatation, etc., mais une pyrexie de la classe des fièvres continues, très voisine, sinon identique, de la fièvre jaune, une fièvre jaune incomplète. Pour l'auteur, c'est donc une fébricule ictérode, qui est aux Petites Antilles ce que la fièvre jaune est aux Grandes Antilles. En d'autres termes : des grands foyers miasmatiques s'échappe le vrai et sévère typhus amaril; des petits foyers, ne peut s'échapper en temps ordinaire que la fièvre inflammatoire. Question de dose et de quantité permettant d'expliquer que la fièvre ictérode la plus sévère peut surgir des Petites Antilles comme des Grandes dans certaines conditions spéciales.

Il se dégage, au point de vue du traitement des connaissances étiologiques, ce fait que la quinine n'est pas absolument indiquée, puisqu'il ne s'agit pas d'une affection de nature paludéenne. HENRI HUCHARD.

La Malaria di Roma, par Guido BACCELLI (*Extrait de la Monographie archéologique et statistique de Rome et de la campagne romaine*, présenté par le gouvernement Italien, à l'Exposition universelle de Paris, en 1878).

Dans son introduction, l'auteur défend la ville de Rome contre les accusations d'insalubrité qui ont été portées contre elle, et qu'il considère comme empreintes d'exagération. La malaria règne principalement dans le voisinage du Tibre; son développement est surtout favorisé par la présence de bancs d'argile déposés sur ses bords. En différents points de la ville, d'ailleurs, le sol ne laisse pas écouler les eaux : il est composé d'une marne argileuse imperméable qui entretient une humidité constante. De plus, lorsque le fleuve déborde, il laisse en se retirant des dépôts riches en éléments organiques, dont la décomposition entraîne le développement d'une infection plus profonde et plus pernicieuse que la malaria, observée et décrite sous le nom de fièvre subcontinue typhoïde. Dans les lieux marécageux, et plus spécialement dans les lieux de *nature palustre*, l'influence nocive est en raison directe de l'élévation de la chaleur. A Rome, les mois les plus dangereux sont ceux de juin, juillet, août et septembre. Les vents les plus pernicieux sont celui du sud et le sirocco. L'auteur étudie ensuite l'influence des différentes conditions hygiéniques, des habitations qui sont souvent trop basses, obscures, etc... La constitution des individus, les maladies antérieures jouent un rôle important et déterminent souvent la forme de la fièvre, quand celle-ci est de nature pernicieuse. D'après G. Baccelli, la maladie est en général peu grave et cède au traitement; cependant toutes les formes d'accidents

peuvent se rencontrer (fièvres pernicieuses, larvées, *fébricule*, cachexie, etc...). Passant à l'étude de la prophylaxie, l'auteur traite de la question de l'amélioration du cours du Tibre, de la nécessité de faire des plantations dans la campagne de Rome, de rendre les habitations plus salubres, etc... Comme mesures hygiéniques, il recommande l'usage des eaux courantes comme boisson ; il conseille de porter de la flanelle, de boire du vin en quantité modérée. F. BALZER.

Rétrécissement du gros intestin à l'union de l'S iliaque et du rectum : insuffisance de la valvule ilio-cæcale, par HENROT (*Notes de clinique médicale, p. 78, Reims*, 1877).

Cette observation offre un intérêt clinique considérable, en ce qu'elle prouve péremptoirement, à l'encontre des idées généralement admises, que le contenu du gros intestin peut refluer dans l'intestin grêle par la valvule de Bauhin devenue insuffisante. Voici le fait en quelques mots :

Un homme de 37 ans entre à l'Hôtel-Dieu de Reims avec les signes d'une obstruction intestinale survenue progressivement, à la suite d'une constipation opiniâtre, et l'examen physique de l'abdomen montre que l'on a surtout affaire à un engorgement de l'intestin par des matières stercorales.

Sous l'influence de purgatifs drastiques énergiques, de lavements et d'électrisation de l'abdomen, les accidents d'occlusion se dissipent une première fois, mais reparaissent au bout de quelques jours, s'accompagnant de vomissements fécaloïdes. Cette fois encore, un mieux relatif se produit grâce à un traitement fort actif, et une nouvelle période d'accalmie survient ; mais, pour la troisième fois, les accidents reparaissent avec plus de gravité dans l'état général, et le malade se remet à vomir des matières fécales au milieu desquelles se rencontrent de nombreux noyaux de cerise. Or, depuis plusieurs mois, il n'avait mangé aucun de ces fruits : il était donc évident qu'il existait une cavité ampullaire de l'intestin, vraisemblablement située au-dessus d'un retrécissement du tube digestif.

La mort du malade, arrivée à la suite d'une diarrhée cholériforme avec collapsus, permit de vérifier l'exactitude de cette supposition. Il existait en effet une bride péritonéale rétrécissant l'intestin à la jonction du rectum et de l'S iliaque : au-dessus se voyait une poche dilatée renfermant une grande quantité de corps solides, noyaux de cerises, pépins de raisin, graines de lin et nulle part ailleurs, dans le tube digestif, on ne retrouvait aucun de ces corps étrangers. Ce fait prouve donc que dans certaines circonstances la valvule iléo-cæcale peut être insuffisante, puisque bien certainement les noyaux de cerise rejetés par le malade, provenaient de l'ampoule de l'S iliaque. La distension exagérée du gros intestin avait dû rendre insuffisante la valvule de Bauhin, et il en est de même, lorsque artificiellement on fait pénétrer dans le gros intestin une forte colonne de liquide. Ceci justifie donc amplement l'emploi de la douche ascendante et des injections gazeuses dans les cas d'occlusion intestinale à siège indéterminé. H. RENDU.

Invagination intestinale chez l'adulte, avec occlusion complète de l'intestin sans signe d'étranglement, par MORDRET (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, 2e *série, tome VII, n°* 33).

Il s'agit d'un dément, qui succomba à 41 ans par suite d'entérite chronique. Depuis six mois, la diarrhée ne l'avait pas quitté. Sept jours avant sa mort, il eut un vomissement qui ne se renouvela pas.

A l'autopsie, on trouva une invagination de haut en bas du jejunum. L'anse invaginée avait 30 centimètres de long et était repliée trois fois sur elle-même, formant une ampoule bosselée longue de 10 centimètres et interceptant complètement tout passage des matières. Tout le long de la partie convexe de l'intestin invaginé existait une ligne ecchymotique d'un rouge vif, très régulière, qui se terminait aussi brusquement qu'un trait de plume.

Ainsi que le fait remarquer l'auteur, il est extraordinaire qu'une semblable occlusion ne se soit pas révélée pendant la vie par des phénomènes plus ou moins accusés. Il est difficile d'admettre, en effet, qu'elle se soit produite *in extremis*.

GASTON DECAISNE.

Contribution à l'étude des oblitérations mésentériques, par BERTRAND. (*Thèse de Paris*, n° 187, 1878).

L'auteur a réuni dans ce travail les cas d'oblitération des artères mésentériques publiés dans différents recueils. Les observations avec autopsie sont au nombre de quinze. L'obturation a lieu le plus souvent par embolie; elle siège soit dans le tronc même du vaisseau, soit dans les artérioles. La marche de l'affection peut être divisée en deux périodes; la première est caractérisée par de la diarrhée, des douleurs sourdes ou de véritables coliques, et par du mélœna; les garde-robes restent noires et poisseuses pendant quelques jours, après quoi les accidents peuvent disparaître. Si l'intestin se sphacèle (deuxième période), la diarrhée peut devenir putride; il se produit une perforation intestinale et une péritonite rapidement mortelle. Aucun signe ne permet d'établir sûrement le diagnostic; on pourra présumer qu'une oblitération mésentérique s'est faite, lorsque l'on voit survenir une entérorrhagie dans le cours d'une affection cardiaque ou aortique; mais l'entérorrhagie peut manquer ou passer inaperçue.

TROISIER.

GYNÉCOLOGIE.

Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme, par Alphonse GUÉRIN (*Paris*, 1878).

Ces leçons, professées à l'Hôtel-Dieu, sont la suite de celles que M. le Dr Guérin a faites à l'hôpital de Lourcine, il y a quelques années, sur les organes génitaux externes de la femme.

Elles sont précédées d'une introduction dans laquelle se trouve l'étude détaillée des moyens d'exploration les plus usuels et les plus pratiques de l'utérus et de ses annexes: l'examen au spéculum, le toucher vaginal et l'hystérométrie.

La menstruation joue un grand rôle dans l'étiologie des maladies inflammatoires de l'utérus, aussi la première leçon lui est-elle consacrée ; puis l'auteur aborde l'étude de la métrite interne (endométrite, métrite muqueuse ou catarrhale), dont on peut distinguer deux formes :

L'une dans laquelle outre des phénomènes d'une certaine acuité, on constate un écoulement mucoso-sanguin, qui, au bout de deux ou trois jours devient une véritable métrorrhagie; l'autre moins intense, avec phénomènes moins aigus, dans laquelle l'écoulement est d'abord simplement muqueux, puis muco-purulent. C'est à cette dernière que doit s'appliquer plus particulièrement le nom de métrite catarrhale. Quant à la première forme, elle a été désignée par quelques auteurs sous le nom de métrite hémorrhagique, mais cette distinction est inutile puisque l'écoulement du sang est un des caractères de la métrite interne, lorsqu'elle a acquis un certain degré d'intensité :

L'accouchement et l'avortement, quoique signalés comme amenant fréquemment la métrite interne, ne doivent même pas être rangés parmi ces causes ; c'est le plus souvent sur le parenchyme de l'utérus qu'ils agissent et déterminent alors la métrite parenchymateuse aiguë, qui fait le sujet des quatre leçons suivantes. Dans cette variété de métrite aiguë en effet, la parturition joue un rôle tout aussi important que la menstruation ; elle lui imprime même un cachet spécial qui l'a fait longtemps confondre sous le nom de *fièvre puerpérale* avec cet autre accident de la puerpéralité, l'infection purulente, au point qu'il n'y a pas en médecine de sujet plus embrouillé et plus confus que la métrite aiguë puerpérale. M. Guérin s'attache à dissiper cette confusion et dans ce but, il décrit d'abord la métrite aiguë parenchymateuse qui survient en dehors de la parturition, puis il expose les caractères distinctifs de la métrite puerpérale vraie et de la pyohémie des nouvelles accouchées, qui sont si importants à connaître au point de vue du pronostic. Nous trouvons encore dans ces chapitres des considérations intéressantes sur les déviations utérines variables qui accompagnent la métrite parenchymateuse, ainsi que sur la dysménorrhée membraneuse, pour laquelle l'auteur adopte le nom de métrite exfoliatrice. C'est dire qu'il la considère comme une maladie inflammatoire devant être traitée comme telle, et non comme une maladie essentielle, ainsi que l'avaient admis Oldham et Mandl.

L'anatomie pathologique de la métrite chronique est exposée avec un soin extrême. Il était important, en effet, de bien distinguer les unes des autres et de bien établir la valeur nosologique de la *folliculite*, *des granulations* et *des ulcérations*, qui ont été si longtemps confondues sous le nom *d'ulcérations du col* considérées comme la maladie principale et traitée comme telle par la cautérisation au fer rouge. C'est ce que M. Guérin a fait ; pour lui, dans l'immense majorité des cas, ces lésions sont liées à la métrite chronique , dont l'étiologie est exposée avec détails ainsi que celle des lésions du col et de la leucorrhée, qui l'accompagnent à peu près constamment. Le traitement de toutes ces lésions est aussi indiqué d'une façon complète ; sans repousser le fer rouge d'une façon absolue, M. Guérin réagit contre l'abus qu'on en a fait pendant si longtemps.

Nous abordons ensuite l'étude de cet état qu'il avait décrit sous le nom de congestion utérine et du système utérin et auquel il a attribué une

importance si considérable ; l'auteur l'appelle *congestion pelvienne* pour ne pas préjuger la question de subordination, car on ne peut pas dire que la congestion des organes contenus dans le petit bassin dépende plutôt de celle de l'utérus que de celle des ovaires. C'est un état au sujet duquel règne la plus grande confusion, quelques-uns le considèrent comme une période de l'inflammation, d'autres comme une entité morbide. C'est à cette dernière opinion que se range M. Guérin. Quant à l'engorgement de l'utérus, il ne le considère pas comme une maladie ; ce n'est qu'un état particulier de l'utérus, consécutif à l'accouchement, qui prédispose à la métrite, mais qui est tout à fait indépendant de l'inflammation.

L'auteur aborde ensuite l'étude des inflammations péri-utérines, qui ont donné lieu à tant d'opinions contradictoires : il donne d'abord une description complète du phlegmon du ligament large, puis il fait voir à l'aide d'un certain nombre d'observations que plusieurs des signes attribués jusqu'à présent à cette lésion doivent être rapportés à une autre affection qui avait complètement échappé jusqu'à présent et que le savant chirurgien a le mérite d'avoir mis le premier en lumière. C'est celle qu'il désigne sous le nom *d'adéno-phlegmon juxta-pubien* et qui est caractérisée par l'inflammation des ganglions lymphatiques placés en arrière du pubis, près des trous sous-pubiens et de l'orifice supérieur du canal crural ainsi que du tissu cellulaire environnant. Il importe donc d'établir de nouvelles distinctions entre ces deux maladies pour pouvoir être en droit d'établir un diagnostic. Le traitement en sera un élément précieux, car un ou deux larges vésicatoires font disparaître la douleur et résoudre la tumeur dans l'adéno-phlegmon, beaucoup plus rapidement que dans le cas d'un phlegmon du ligament large ou d'une pelvi-péritonte.

Cette inflammation des ganglions est consécutive à une irritation des vaisseaux lymphatiques qui viennent de l'utérus ; cette lymphangite est elle-même provoquée par une lésion de l'utérus ou de son col, plus particulièrement par les déchirures de ce dernier. Tous les ganglions intra-pelviens, qui reçoivent les vaisseaux lymphatiques de l'utérus peuvent s'enflammer isolément et constituer ainsi une *adéno-lymphite intra-pelvienne,* dont le siège pourra varier ; c'est ainsi qu'on peut expliquer ces faits dans lesquels on ne trouvait ni les signes de la pelvi-péritonite ni ceux de l'ovarite et que l'on rattachait au phlegmon du ligament large en faisant un diagnostic par exclusion.

La pelvi-péritonite, l'ovarite et la salpingite ou inflammation des trompes forment les sujets des leçons suivantes, puis après un chapitre consacré à l'hématocèle rétro-utérine, l'auteur aborde l'étude du cancer, dans laquelle il expose avec précision les caractères distinctifs du cancer vrai ou carcinome et de l'épithélioma de l'utérus, distinction de la plus haute importance au point de vue du traitement et du pronostic, car le premier est une maladie générale qui est déjà au-dessus des ressources de l'art, lorsqu'apparaissent ses manifestations locales, tandis que le second, primitivement local, est justiciable d'un traitement approprié appliqué à temps. Les deux dernières leçons traitent de la chute de l'utérus et de l'hypertrophie du col ; les caractères différentiels de ces deux lésions sont aussi très nettement délimités et leur traitement indiqué avec les développements les plus circonstanciés. J. CARRIÈRE.

I. — Ueber ein Fibroma papillare cartilagineseens der Portio vaginalis, par THIEDE (*Zeits. f. Geburts. und Gynäk.*, I *B.*, 2 *H.*).

II. — Zur Pathologie der Vaginalportion, par C. RUGE und VEIT (*Zeits. f. Geburts. und Gynäk.*, II *B.* 2, *H.*).

III. — Ein eigenthümlicher Bildungsfehler des Cervix-Uteri (Une anomalie spéciale du col de l'utérus), par P. MÜLLER (*Zeits. f. Geburts und Gynäk.*, III *B.*, 1 *H.*).

IV. — Ueber die Amputation der Portio vaginalis, par MÖSICKE (*Zeits. f. Geburts. und Gynäk.*, III *B.*, 2 *H.*).

V. — Zur operativen Behandlung der bösartigen Neubildungen aus der Vaginalportion und der Scheide (De l'opération des tumeurs malignes du col utérin et du vagin), par GRÜNEWALD (*Archiv. f. Gynäk.*, XI *B.*, 3 *H.*).

VI. — Ueber die Bedeutung der Erosionen der Vaginalportion (De la signification des érosions du col), par VEIT (*Versammlung deutscher Gynäken, Münch.*, 15 *septembre* 1877).

I. — Thiede rapporte une observation de polype du col utérin qui présente cette rare particularité d'offrir des noyaux cartilagineux dans sa texture.

II. — C. Ruge et Veit limitent leur étude des lésions du col à celles qui sont observées dans les cas d'érosions, d'ulcérations, de fongosités du col d'une part, de cancer du même organe d'autre part.

La nomenclature des érosions, des ulcérations, des fongosités du col a été très différemment comprise par les auteurs qui se sont occupés de cette question, et l'examen anatomique des lésions n'a pas été pratiqué d'une façon suffisante. Les auteurs ayant fait une centaine d'amputations du col ont pu étudier les lésions présentées par cette portion de l'utérus. Ils les rapportent à des degrés différents du même processus pathologique.

La nature des lésions simples du col est, en effet, loin d'être définitivement fixée. On n'a pas constaté de glandes sur la muqueuse vaginale, et on en trouve dans les cas d'érosion de la muqueuse. Comment ont-elles pu se produire? On avait observé, d'autre part, des ectropions de la muqueuse cervicale, et quelques auteurs étaient disposés à interpréter la présence des glandes dans les lésions du col par un glissement de la muqueuse cervicale malade. Mais l'ectropion de la muqueuse cervicale a été souvent observé, à la suite des déchirures du col, par exemple; dans ces cas, la muqueuse a toujours conservé les caractères qui la rendent facilement reconnaissable Il est difficile de confondre les lésions du col avec ce glissement. Les auteurs du mémoire n'admettent pas cette confusion.

De plus, on considère les lésions simples comme de véritables érosions et de véritables ulcérations, les granulations comme des folliculites ou des hypertrophies papillaires. Ces interprétations ne résistent pas non plus à un examen microscopique attentif et souvent répété. Toujours on trouve alors la surface malade recouverte d'un revêtement épithélial. L'épithélium, cependant, n'a pas les caractères de cellules

plates des éléments superficiels de la muqueuse, ni la petitesse ou la rondeur des éléments du corps de Malpighi. Ce sont des cellules cylindriques. A la coupe, on trouve tantôt des prolongements revêtus de ces cellules sans cavité, tantôt de véritables cavités plus ou moins, quelquefois très ramifiées.

Voici donc l'interprétation que Carl Ruge et Veit cherchent à faire prévaloir. Les lésions simples du col sont caractérisées par une transformation des cellules du corps de Malpighi, qui creusent dans le derme de la muqueuse de véritables glandes et qui secrètent comme telles un liquide muqueux et muco-purulent. Ce sont des lésions consistant dans une hyperplasie par irritation du corps de Malpighi. Le renouvellement et la formation de cellules plates superficielles n'a, dès lors, plus lieu; ces cellules ne tardent pas à s'exfolier, et elles ne se reproduisent plus. Les glandes de nouvelle formation limitent entre elles un tissu qui, en se développant plus ou moins, donne naissance à des granulations plus ou moins accusées. Le tissu interglandulaire plus ou moins vascularisé, siège de tractus plus ou moins nets de tissu conjonctif, donne à ces bourgeons l'aspect variable que l'on observe cliniquement. Les papilles ne jouent donc aucun rôle dans leur formation. On ne peut se défendre d'établir une certaine analogie entre ces lésions et celles qui caractérisent certaines formes du cancer du col, celui que nous désignons sous le nom d'épithélioma.

Cette confusion est encore possible au point de vue clinique. Le cancer, à son début, est quelquefois très difficile à distinguer des lésions simples du col. A ce propos, les auteurs rapportent des cas où l'on avait pensé à un cancer intra-cervical et où l'examen microscopique fit reconnaître seulement les lésions précédemment décrites.

Quant aux hypertrophies papillaires proprement dites, on ne les observe que dans les cas de végétations du col. Les papilles peuvent être découvertes et présenter un aspect finement velvétique dans l'herpès observé quelquefois dans cette région.

Ces opinions ont un intérêt au point de vue des symptômes, car elles expliquent mieux les écoulements abondants observés quelquefois à la suite des érosions cervicales. Elles ont encore un intérêt au point de vue du pronostic. On n'a pas affaire, en effet, à de simples inflammations, mais à des anomalies nutritives, se manifestant par des altérations profondes du tissu. Les conséquences thérapeutiques se comprennent facilement. Les auteurs conseillent les cautérisations, même énergiques; et s'ils ont à traiter des formes rebelles, récidivant facilement, résistant aux cautérisations, ils n'hésitent pas à conseiller les scarifications, les incisions superficielles du col utérin, et enfin l'amputation même du col.

Le cancer du col se présente sous deux formes, suivant qu'il débute par le tissu sous-muqueux ou dans les glandes du col.

La première variété est celle qui est observée surtout dans le cancer en chou-fleur. Les auteurs confirment les opinions généralement admises sur la nature carcinomateuse de cette néoplasie et sur son indépendance du tissu épithélial superficiel. Ils décrivent trois stades dans son développement : 1° stade indifférent, dans lequel la lésion n'est pas encore accusée; 2° stade sarcomateux, où les cellules situées entre les trabécules

fibreuses n'ont pas encore revêtu leurs caractères de cellules cancéreuses ; 3e stade alvéolaire, où ces cellules ont acquis le caractère carcinomateux et où les alvéoles sont nettement reconnaissables.

La deuxième forme correspond à celle qui est décrite chez nous sous le nom d'épithélioma. Les auteurs n'admettent pas qu'elle soit constituée par le prolongement en colonne des cellules épithéliales superficielles; ils pensent qu'elle est due au développement considérable des glandes anciennes ou nouvellement formées du corps utérin. Ils décrivent, non seulement les ramifications de ces glandes, la multiplication et le polymorphisme des cellules contenues dans leur conduit, l'abondance de ces éléments tels qu'ils peuvent être exprimés sur la surface d'une coupe comme la matière mélicérique d'une tanne, mais encore la production de faisceaux conjonctifs dans l'intérieur de ces glandes, faisceaux qui peuvent les transformer en alvéoles.

Cette dernière forme du cancer glandulaire a une certaine analogie avec les lésions observées dans les cas d'érosions simples. Mais cette analogie autorise-t-elle à admettre que les lésions simples du col de l'utérus peuvent, à un moment donné, dégénérer en une lésion de mauvaise nature? C'est ce qu'on ne peut pas affirmer.

C. Ruge et Veit ont cherché à résoudre le problème clinique qui consiste à fixer le diagnostic du cancer du col à son début et à indiquer les différences qui le distinguent des autres érosions du col. Ils ont enlevé ainsi trente-trois cols dont les lésions leur paraissaient suspectes. Dix fois, l'examen microscopique démontra qu'ils avaient affaire à des cancers. Il n'y a pas de symptômes qui permettent d'établir ce diagnostic différentiel. La dureté du col, le défaut de souplesse de la muqueuse, les sensations ressenties par la malade après l'introduction d'éponges préparées, signes différentiels sur lesquels a insisté Spegelberg, n'ont pas une valeur incontestable. Ils pensent que l'on doit, lorsqu'on doute de la nature d'une érosion du col, en enlever une partie pour la soumettre à l'examen microscopique.

III. — Müller relate deux observations d'une très rare anomalie du col de l'utérus : l'une lui est personnelle, l'autre appartient à Breisky. Il s'agit d'une cloison transversale de la cavité cervicale de l'utérus. Elle n'est pas divisée horizontalement, mais obliquement, de haut en bas et du dehors en dedans, de telle sorte qu'après la dilatation de l'orifice externe, le doigt, en l'atteignant, percevrait la sensation, fournie par un second col. Au-dessus de cette cloison, se trouvait l'orifice interne. Dans le cas de Müller, les plis de l'arbre de vie n'étaient pas marqués. Dans les deux observations, on constate comme symptômes des hémorrhagies abondantes. Les règles reprirent leur régularité après qu'on eût enlevé la cloison intra-cervicale.

Ces observations sont des anomalies uniques de conformation des organes génitaux. Chez les animaux mêmes, on ne trouve de disposition semblable que chez le mouton.

IV. — Mösicke développe la statistique des amputations du col pratiquées par Schröder. Cette statistique ne contient pas moins de cent observations. Il défend le procédé opératoire suivi par Schröder, qui se sert de l'instrument tranchant. Il critique les autres méthodes suivies par les chirurgiens, telles que la ligature, l'emploi de l'écraseur ou du

galvano-cautère, etc. Le résultat de ces opérations est très satisfaisant, puisqu'il n'y eut que trois cas de mort : deux à la suite de tétanos, un par septicémie. Plusieurs fois, il y eut des hémorrhagies; une fois, l'artère utérine fut ouverte, et la malade faillit périr.

V. — Grünewald, au contraire, est partisan du galvano-cautère. Il emploie l'anse de platine portée au rouge par un courant électrique. Il signale aussi cent opérations, ne portant plus seulement sur le col utérin, comme précédemment, mais en différents points des organes génitaux.

Il mentionne cinq cas de mort par septicémie ; un cas de mort par hémorrhagie immédiate, parce qu'une anomalie d'une des branches de l'hypogastrique fut saisie dans l'anse galvano-caustique. Enfin, l'auteur avoue que, trois fois, il eut des hémorrhagies secondaires, et que, si le rétrécissement consécutif du col n'est pas une conséquence constante de ce traitement, il est cependant fréquemment observé.

VII.— Les communications de Veit sur les érosions du col ont trait aux faits que nous avons analysés plus haut, à propos de son travail fait en collaboration avec C. Ruge. PORAK.

Du traitement de la métrite chronique cervicale par la dilatation et les injections intra-parenchymateuses, par J. M. BENNETT (*Edinburgh Medical Journ., nov.* 1878, *et France médicale*, 20 *novembre* 1878).

Bien que constituant une affection assurément fort bénigne, la métrite du col résiste de la façon la plus désespérante aux moyens dirigés contre elle. Parmi ses nombreuses complications on peut citer les divers déplacements, la cystite, l'inflammation du tissu cellulaire, les ménorrhagies, la dysménorrhée et la stérilité qui en est le plus souvent la conséquence. Les moyens de traitement ont été des plus variés : on a employé tour à tour la pâte de Vienne, l'acide nitrique, le cautère actuel, la tente-éponge, le coton iodé, la glycérine, etc.

Frappé de quelques succès obtenus par l'emploi topique de l'iode appliqué sur les parois indurées du col utérin, M. Bennett a pensé qu'il pourrait compter sur des résultats plus prompts et plus durables par l'absorption de l'agent porté directement dans la partie hypertrophiée, dans la substance même du tissu de la matrice. Il a commencé par préparer les malades par un traitement général et local. Ce dernier a consisté en ventouses scarifiées, en lavements d'eau chaude répétés et en application de glycérine.

L'instrument employé a été la seringue à injection hypodermique modifiée de manière à pouvoir atteindre le col mis à découvert par le spéculum de Fergusson. Les aiguilles étaient en or pur. La seringue était remplie d'une solution de la composition suivante :

Bromure de potassium } àà 0gr,647
Iodure de potassium.. }
Teinture d'iode..... 0gr,885
Eau distillée..... Q. S. pour remplir la seringue.

M. Bennett à fait généralement de trois à cinq ponctions, suivant l'intensité de l'induration. A la suite de l'injection, il applique contre le col

un tampon de coton bien imbibé de glycérine, qu'il laisse en place pendant au moins douze heures. Dans beaucoup de cas, il a joint à ce traitement l'emploi des tentes-éponges pour dilater le col, en commençant la dilatation après la première injection. Ces deux méthodes combinées ont donné des résultats très satisfaisants ; le col hypertrophié a pu être ramené à son état normal sans perte de tissu, ni cicatrices, ni rétrécissements. Comme adjuvant, il est bon d'administrer le bromure de potassium qui, outre son action sur le système nerveux, paraît encore agir heureusement sur l'affection utérine elle-même. GASTON DECAISNE.

A Case of serous Perimetritis (Un cas de périmétrite séreuse), par S. BURN (*The Obst. Journ.*, n° 63, *p.* 169).

Madame B..., mariée depuis 4 ans, a eu un enfant, il y a 4 mois, n'a jamais fait de fausse couche. Un mois après l'accouchement elle commença à se plaindre d'une douleur dans l'hypogastre, puis de constipation et de difficultés d'uriner. Les douleurs allant en augmentant, elle entre à l'hôpital. A la palpation on constate que la partie inférieure de l'abdomen est occupée par une tumeur à peu près de la grosseur d'un utérus au 4e mois, mais ne présentant pas la même dureté. Matité à la percussion. Par le toucher vaginal on trouve l'excavation remplie par une masse globuleuse élastique. Le col utérin est atteint avec beaucoup de difficulté en faisant passer le doigt entre la masse et les pubis : la matrice est au-dessus de la symphyse. En introduisant la sonde utérine on constate que l'organe a sa longueur normale, qu'il est légèrement incliné à droite et que son fond est à peu près à quatre pouces au-dessus du ligament de Poupart de ce côté. Le périnée est tombé et l'anus légèrement durci.

La tumeur est ouverte par le vagin : il s'écoule environ une pinte de liquide séreux non purulent, et la tumeur hypogastrique disparaît. Quinze jours après la malade sort complètement guérie.

Exemple d'une affection rare décrite par Matthews Duncan. On n'en connaît pas le siège exact, faute d'autopsies. Il est probable que la sérosité est collectée en une sorte de kyste formé par les intestins accolés et par le feuillet péritonéal qui revêt l'utérus en arrière. Duncan insiste sur l'analogie de cette affection avec certaines formes de pleurésie et de péricardite. C. Z.

Anatomie pathologique de la métrite chronique, par de SINÉTY (*Soc. de Biol.*, 18 *mars* 1878).

La métrite catarrhale, la métrite hémorrhagique, la métrite villeuse bien étudiée par Slawjanski (*Arch. de Physiol.*, 1874, p. 86), et une quantité d'autres formes décrites par les auteurs, ne sont pas des maladies distinctes, mais bien des manifestations variables d'une même maladie. Cette opinion s'appuie sur l'étude histologique des granulations que l'on rencontre si souvent dans la métrite chronique, et dont la structure peut être ramenée à trois formes principales :

1° Dans certains cas, on observe une hypertrophie des glandes, qui deviennent beaucoup plus nombreuses et se dilatent, tout en conservant leur épithélium ;

2° Dans d'autres cas, les végétations sont uniquement constituées par du tissu embryonnaire. On ne retrouve que des traces de glandes et quelques restes d'épithélium plus ou moins dégénéré. On a affaire à un vrai tissu inflammatoire, comparable aux bourgeons charnus d'une plaie suppurante ;

3° Enfin, certaines de ces fongosités sont presque uniquement composées de vaisseaux. Quelques-uns de ces vaisseaux, quoique de structure embryonnaire, sont extrêmement dilatés et atteignent un diamètre considérable.

Ces productions pathologiques donnent l'explication des principaux symptômes de la métrite chronique. En effet, selon que l'une de ces trois espèces dominera, on aura un écoulement abondant et surtout muqueux, si ce sont les glandes ; purulent, si ce sont des bourgeons embryonnaires et dégénérés ; hémorrhagiques, si ce sont les vaisseaux.

On peut, sur un même utérus, rencontrer ces trois formes d'altérations. Quelquefois la muqueuse paraît presque unie et ne présente pas de granulations. Dans cas cas encore, l'examen histologique montre les mêmes lésions diffuses et envahissant à peu près également toute la muqueuse.

L. G. R.

Fibro-myome interstitiel de l'utérus, par Francis H. CHAMPNEYS (*St-Bartholom. hosp. Rep.*, *v. XIII*, *p.* 109-123, 1877).

Cas remarquable par la rapidité du développement dans le cours d'une grossesse, par son influence sur le travail, son involution pendant la période puerpérale avec symptômes de résorption de matières septiques, son énucléation spontanée (bien qu'il fît saillie sous le péritoine et non dans la cavité), suivie de la cessation des symptômes, et enfin l'apparition de nodules semblables deux mois après la délivrance. C. P.

A clinical study of retro-uterine tumours (Étude clinique sur les tumeurs rétro-utérines), par Robert BARNES (*St-George's hospit. Reports*, *t. VIII*, *p.* 57-98, 1874-6).

Dans ce mémoire qui renferme vingt-quatre observations, l'auteur s'attache surtout à démontrer l'utilité qu'il y a d'employer plus fréquemment la ponction aspiratrice. Dans plusieurs des cas rapportés où l'on y a eu recours, on a pu acquérir de bonne heure une notion plus exacte de la nature des tumeurs. Non seulement son emploi est généralement sans danger, mais même lorsqu'il n'y a issue ni de pus ni d'autre liquide, la simple ponction produisit par deux fois de bons effets. Elle provoque incontestablement la résorption.

Des ponctions répétées constituent une bonne méthode de traitement.

CH. P.

Zwei Fälle von retroflexio uteri bei Neugeborenen (Deux cas de rétroflexion utérine congénitale) par C. RUGE (*Zeitschrift für Geburts. und Frauenkrankheiten*, II *B.*, *Heft I*, *p.* 24).

L'une de ces observations est accompagnée d'une figure représentant la lésion que décrit C. Ruge. Sans entrer dans les détails anatomiques

rapportés par l'auteur à propos de ces observations, nous nous bornerons à signaler les particularités suivantes : L'utérus était courbé en arrière au niveau de l'orifice interne du col, qui était situé au-dessus du repli péritonéal antérieur et non au niveau de ce repli, comme cela est observé chez l'adulte. Contrairement aussi à ce qu'on constate dans les rétroflexions utérines chez l'adulte, c'est la paroi postérieure de l'utérus qui était la plus épaisse. Ces deux observations sont deux cas rares d'une lésion que l'on a crue spéciale aux adultes ou aux personnes plus âgées.

PORAK.

Notes on a case of retroflexion of the gravid uterus (Remarques à propos d'un cas de rétroflexion; de la rétention d'urine chez la femme), par Aust. LAWRENCE (*Med. Times and Gazette, vol. II, p.* 166, 1878).

A propos d'une femme enceinte de cinq mois, atteinte de rétroflexion utérine et venue à l'hôpital pour des troubles de la miction, l'auteur émet les remarques suivantes : sur 10 cas de miction difficile ou de rétention d'urine chez la femme, 9 fois au moins il s'agit d'une compression de l'urèthre par un déplacement partiel ou total de l'utérus. Ce n'est ni l'urèthre, ni la vessie qu'il faut examiner tout d'abord, mais bien le vagin et l'utérus. Ces compressions de l'urèthre n'entraînent pas toujours la rétention complète, mais la vessie se vide mal, s'enflamme; l'urine devient purulente et ammoniacale; un état général grave prend naissance.

V. CAMPENON.

Du prolapsus graisseux de l'abdomen chez les femmes, par GUÉNIOT (*Bullet. de l'Ac. de méd., 2e série, tome VII, n°* 38).

Voici les conclusions qui résument ce travail :

1° Il existe, particulièrement chez la femme, une altération morbide de la paroi abdominale que l'on peut désigner sous le nom de prolapsus graisseux, et qui jusqu'à ce jour, n'a pas attiré, comme elle le mérite, l'attention des cliniciens.

2° Cette affection, anatomiquement caractérisée par la surcharge graisseuse du tissu cellulaire, de même que par l'exubérance, le défaut de ressort et la chute des couches superficielles (tablier hypogastrique), présente comme symptômes principaux une tension exagérée des muscles de la région, des douleurs lombaires et inguinales, une sensation de malaise abdominal qui, suivant l'expression des malades, « porte au cœur », et enfin, pendant la marche ou la station verticale, un état de faiblesse générale qui rend les femmes plus ou moins impotentes.

3° Le prolapsus graisseux s'observe généralement chez des femmes robustes, pourvues d'un grand embonpoint et qui ont eu des grossesses plus ou moins nombreuses, sans prendre à leur suite certaines précautions d'hygiène que cette répétition rendait indispensables.

4° Le pronostic de cette affection, quoique sans gravité réelle, ne laisse pas que d'offrir toutes les conséquences d'une fâcheuse infirmité, surtout si, comme il arrive fréquemment, un autre état morbide de l'ab-

domen coexiste avec le prolapsus et si ce dernier reste méconnu ou non traité.

5° Le diagnostic, cependant, est des plus faciles : une large éventration, ou bien cette autre forme de prolapsus, que M. Guéniot a qualifiée de *pariéto-viscérale*, pourrait seule prêter à confusion ; or, pour éviter l'erreur, il suffit d'apporter à l'examen clinique un peu plus d'attention.

6° Au point de vue thérapeutique, tantôt il convient de préserver du prolapsus les femmes qui s'y trouvent prédisposées, ce que l'on obtient à l'aide du traitement préventif, tantôt la lésion étant confirmée, celle-ci réclame l'emploi d'un agent mécanique local et d'une hygiène générale appropriée (traitement curatif).

7° Pour être efficace, l'agent de contention doit satisfaire à deux indications fondamentales, savoir : *a*) relever, puis soutenir la masse prolapsée, de manière à supprimer les tractions qu'elle exerce sur les lombes et sur l'hypochondre droit; *b*) suppléer les couches tégumentaires dans l'appui qu'elles devraient fournir aux muscles sous-jacents pour supporter le poids des viscères abdominaux.

8° Enfin, grâce au point d'appui qu'elle prend sur les épaules, de même qu'à la fermeté élastique de son tissu, la ceinture abdominale proposée par M. Guéniot semble particulièrement propre à remplir fructueusement ce double office. GASTON DECAISNE.

Zum Bau der Luftcysten der Scheide (De la texture des kystes gazeux du vagin), par C. RUGE (*Zeit. für Geburts. und Frauenk., II Band, 1 Heft, p.* 29).

L'auteur rapporte l'anatomie de deux cas de kystes gazeux du vagin, connus sous les noms de colpo-hyperplasie cystique, colpite vésiculeuse avec emphysème vaginal ; ces observations sont relativement rares.

La première observation provient d'une femme enceinte. L'examen microscopique du fragment de la muqueuse vaginale qui avait été excisé est représenté par une gravure. Cet examen permit de constater une quinzaine de cavités communiquant entre elles; de leurs parois se détachaient des lambeaux de tissu conjonctif. Les cavités plus volumineuses paraissaient être limitées par une paroi, constituée par le tissu conjonctif périphérique condensé.

Dans la seconde, il s'agissait d'une femme non enceinte, ni en couche. On constatait à l'examen d'un lambeau de la muqueuse vaginale à côté des papilles normales, quelques autres qui étaient déformées et contenaient une cavité interceptée par des tractus membraneux. Dans le tissu du derme se trouvaient de nombreux kystes, de volume variable, sans paroi distincte. Sur un autre fragment on remarqua un kyste volumineux. Le tissu qui les entourait était très vascularisé et certainement le siège de lésions inflammatoires.

Ces kystes gazeux se distinguent des kystes liquides, en ce qu'ils sont nombreux, non congénitaux, ni limités par une paroi épithéliale, etc.

L'auteur termine son mémoire en rejetant l'hypothèse de Spiegelberg, qui pense que ces kystes sont dus à des dilatations lymphatiques.

PORAK.

Fall von einseitiger Haematometra bei Uterus bicornis (Exemple d'hématomètre unilatéral dans un utérus bicorne), par SCHRŒDER (*Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, 8 janvier 1878; Berlin. klin. Wochens., n° 13, p. 194, 1er avril 1878*).

Depuis 1866, où Schrœder a fait ressortir l'importance de cet état morbide, on en a publié 40 ou 50 observations.

Le fait actuel concerne une jeune fille de 16 ans qui présentait une tumeur abdominale. L'examen pratiqué durant la chloroformisation fournit les résultats suivants : Voussure considérable du cul-de-sac vaginal droit; col refoulé à gauche et un peu en arrière; il fait corps pour ainsi dire avec la tumeur. L'utérus mesure à l'hystéromètre 7 centimètres de long. La tumeur située à droite est de la grosseur d'une tête d'enfant; elle se trouve surmontée par une deuxième tumeur, plus petite, qui remonte jusqu'à l'ombilic.

La patiente a été menstruée pour la première fois il y a un an; elle n'a eu en tout que trois périodes menstruelles dont la dernière même fut insignifiante; par intervalles elle ressentait de vives douleurs.

Dans l'opinion de Schrœder, la tumeur la moins considérable et la plus élevée dépend non de la trompe dilatée, car elle a une consistance très marquée; c'est le corps de la corne utérine droite dont l'extrémité inférieure distendue par du sang constitue la tumeur la plus volumineuse.

Schrœder donna issue au sang par une ponction et l'opérée après avoir présenté durant quatre semaines quelques phénomènes de péritonite, put quitter l'hôpital au bout de 7 semaines.

Schrœder insiste sur ce qu'on doit s'abstenir de toute exploration après la ponction. J. B.

Inversion utérine de quatre mois; réduction spontanée après onze jours de compression par le pessaire à air, sphérique, de caoutchouc, par A. COURTY (*Gaz. hebdomadaire, 11 octobre* 1878).

La malade, qui fait le sujet de cette observation intéressante, est une femme de 26 ans, de tempérament un peu lymphatique et nerveux, qui a eu deux accouchements normaux, le second gémellaire. Un troisième accouchement eut lieu le 21 octobre 1877 et fut accompagné des circonstances suivantes: l'enfant était né à terme, après un travail d'une durée de six heures environ. La délivrance se fit spontanément vingt minutes après sans aucune manœuvre de tiraillement. A peine était-elle achevée, que la malade est prise d'une hémorrhagie effroyable. Un médecin, mandé par la sage-femme, constate par le toucher la présence d'une tumeur qu'il croit être un polype et prescrit des hémostatiques variés. Il ne reconnut pas l'inversion qui, d'après l'auteur, a dû se produire probablement en même temps que la sortie du placenta.

L'hémorrhagie s'arrêta au douzième jour après des alternatives diverses et c'est alors qu'on reconnut l'inversion utérine. Des tentatives de redressement furent vainement pratiquées et n'eurent pour résultat que de provoquer des douleurs et de ramener l'hémorrhagie. Depuis cette époque, le retour des règles est accompagné de douleurs intenses et de pertes de sang inquiétantes.

La malade arrive fin de janvier 1878 à Montpellier pour se mettre entre les mains de M. Courty; elle est dans un état d'affaiblissement et d'anémie ex-

trèmes. Après quelques jours de repos pour laisser passer le moment des règles et arrêter une diarrhée persistante, l'auteur, ayant bien constaté l'état d'inversion, institua le traitement suivant :

Le 8 février, il prit un pessaire à air, sphérique, en caoutchouc, et l'introduisit dans le vagin : la boule fut gonflée et maintenue par un bandage en T.

Le 10, le pessaire est remplacé par un autre plus volumineux.

Le 15, la malade, qui jusque-là a bien supporté le pessaire, se plaint de douleurs expulsives assez violentes ; l'hémorrhagie a reparu.

Le 19, les douleurs sont devenues de plus en plus fortes, mais, en ôtant le pessaire, Courty constate que la réduction spontanée s'est complètement opérée. Le col est largement entr'ouvert, mais il se ferme au bout de quelques jours et la malade part guérie le 3 mars.

L'auteur fait suivre cette observation de quelques remarques sur le traitement de l'inversion : ces remarques peuvent se résumer ainsi : dans l'inversion utérine, il existe trois catégories de malades, ou mieux il y a trois formes d'inversion susceptibles d'un traitement différent.

Dans un premier cas, la malade supporte la compression du pessaire : il faut tenter la réduction spontanée par ce moyen.

Dans un second cas, la malade ne supporte pas la compression, ou cette compression est insuffisante : il faut tenter la réduction méthodique de l'inversion par manœuvres digitales, après anesthésie.

Enfin dans une troisième classe, l'irréductibilité est manifeste ; pour une cause ou pour une autre, il y a impossibilité absolue de réduire. C'est le cas de pratiquer l'amputation de l'utérus. Courty préconise, pour cette opération, la ligature élastique. A. CARTAZ.

Unusually early menstruation (Menstruation précoce), par Harrison TETLEY (*The Lancet, vol. II, p.* 110 *et* 142, 1878).

Petite fille de 5 ans 1/2, ayant les apparences de son âge. Depuis un an déjà (à 4 ans 1/2) elle est régulièrement réglée. L'écoulement sanguin dure 3 jours, et peut être évalué à 56 grammes ; il ne s'accompagne d'aucun malaise; deux fois il n'eut pas lieu, mais fut remplacé par une épistaxis abondante.

Aucun antécédent dans la famille. — Exemples analogues empruntés aux auteurs (p. 142). V. CAMPENON.

Ovariotomie et laparotomie.

Des indications et contre-indications de l'ovariotomie dans les kystes de l'ovaire, par DUPLAY (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 2e *série, tome VII, n*° 44).

Après avoir indiqué la nécessité d'un diagnostic aussi complet que possible et d'une ponction exploratrice préalable, l'auteur se déclare opposé à l'opération précoce. On ne doit intervenir, selon lui, que lorsque le kyste occasionne une gêne excessive par son volume, ou

détermine des accidents généraux ou locaux qui menacent directement la vie. L'ovariotomie tardive n'est même pas contre-indiquée par des complications telles que la péritonite, l'inflammation, la suppuration et la gangrène du kyste, non plus que par une émaciation extrême. Mais il y a contre-indication, lorsque le kyste est compliqué de maladies générales ou locales susceptibles d'entraîner ultérieurement par elles-mêmes la mort des malades.

Les diverses conditions locales dépendant de l'état du kyste (parois et contenu), de ses connexions (adhérences), de l'état du péritoine (ascite), n'auraient qu'une médiocre importance au point de vue des indications et contre-indications de l'ovariotomie. M. Duplay fait pourtant deux exceptions à cette règle : la première est relative aux kystes uniloculaires à contenu séreux, non albumineux; la seconde est relative aux adhérences étendues du côté du petit bassin et des organes pelviens, et qui indiquent le plus souvent une affection maligne, ou tout au moins très complexe. Enfin l'ovariotomie est indiquée dans les kystes compliqués de grossesse, alors que la vie de la mère et de l'enfant est directement menacée et que la ponction reste sans résultat.

GASTON DECAISNE.

On complete intra-peritoneal ligature of the pedicle in ovariotomy (Ligature perdue...), par Alban DORAN (*St-Barthol. Hosp. Rep., t. XIII, p.* 195-203, 1877).

Après un aperçu historique de la question, l'auteur rapporte un cas où il a pu faire l'examen anatomique chez une femme de 37 ans, qui était morte de septicémie six jours après l'extirpation d'un kyste multiloculaire volumineux de l'ovaire. Le pédicule avait été lié, puis abandonné librement dans la cavité péritonéale, et il était évident que la mort ne pouvait en aucune façon être attribuée à ce mode de traitement.

Le moignon du pédicule avait un pouce de large et son bord interne était à environ un quart de pouce du fond de l'utérus. Il n'était pas mortifié, il n'était même pas congestionné. Il était séparé des annexes de l'utérus par quatre ligatures de soie qui n'avaient pas causé d'ulcération, mais toutes étaient recouvertes par des bandes de lymphe qui comblaient le sillon qu'elles avaient tracé sur les parties qu'elles circonscrivaient.

Fait plus intéressant, l'extrémité interne de la surface libre de section du pédicule était déjà très solidement unie au ligament large par une lymphe bien organisée.

L'exsudation plastique doit s'être effectuée quelques jours avant la mort, avant le début de la septicémie, par conséquent très peu après l'opération. La lymphe qui recouvrait les ligatures était évidemment plus récente, elle offrait des signes de désagrégation, sa plasticité ayant diminué sous l'influence du trouble constitutionnel qui avait fait mourir la malade.

Tous ces détails sont figurés dans une planche lithographiée.

L'auteur rapporte ensuite une observation du Dr Bantock où l'état du pédicule a pu être observé sept mois après l'opération.

Le moignon du pédicule avait contracté des adhérences vasculaires avec l'épiploon et le ligament large.

On voyait le sillon de la ligature. Celle-ci avait été faite avec un fil de chanvre ; de ce fil il ne restait pas trace. C. P.

Observation d'une ovariotomie pratiquée à l'hôpital Saint-Antoine et suivie de guérison. Quelques réflexions sur le péritonisme envisagé comme indication opératoire, par LE DENTU (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, 2e *série*, *tome VII*, *n*° 45).

Cette observation a trait à une femme de 28 ans, entrée le 6 février dernier dans le service de M. Dujardin-Beaumetz. Atteinte d'un kyste ovarique dont le volume ne dépassait pas celui d'un utérus au quatrième mois de la grossesse, cette femme présenta tout à coup des symptômes graves (frissons, douleurs vives, vomissements, diarrhée, altération des traits, affaiblissement du pouls), qui mirent ses jours en danger. Au bout de quatre jours, tout s'était dissipé.

A la suite de deux autres crises semblables, M. Le Dentu, appelé en consultation, conseilla l'ovariotomie. Pour lui, les symptômes offerts par la malade, bien que ressemblant à ceux de la péritonite, en différaient par leur marche quasi-foudroyante et la brusquerie de leur terminaison. Il s'agissait plutôt d'une des formes de ce *péritonisme* que M. Gubler définit : « l'ensemble des phénomènes graves et souvent mortels qui viennent compliquer la péritonite, ou plutôt les lésions quelconques des organes tapissés par le péritoine. »

Quelle que soit la cause immédiate du péritonisme, sa condition fondamentale est une irritation spéciale qui atteint le plexus solaire et irradie de là vers les centres nerveux. Il présente deux types très différents : le type dépressif et le type violent. Dans le premier cas, on observe un affaissement graduel, la cyanose, le refroidissement des extrémités, et une douleur peu considérable. Dans le second cas, au contraire, les douleurs sont intenses, l'agitation est grande et des vomissements opiniâtres précèdent la cyanose et le refroidissement périphérique. C'est ce qui a eu lieu pour la malade de M. Le Dentu. Chez elle, la cause première des accidents a été une série de poussées congestives vers l'ovaire droit et le kyste situé à gauche. De là une exhalation séro-sanguine et une distension douloureuse de l'abdomen. Peut-être ces poussées se sont-elles accompagnées d'un peu de péritonite, mais les phénomènes inflammatoires sont toujours restés en disproportion avec les phénomènes nerveux. Quoi qu'il en soit, l'ovariotomie, pratiquée au commencement d'avril, a été couronnée de succès. La malade, complètement rétablie au bout d'un mois, n'a plus vu reparaître les accidents alarmants qui avaient menacé ses jours. GASTON DECAISNE.

Bericht uber 50 « Lister'sche » Ovariotomien, ausgeführt in Berlin vom 25 Mai 1876 bis 24 Februar 1878. (Compte rendu de 50 ovariotomies traitées suivant la méthode de Lister et pratiquées à Berlin), par Carl SCHRŒDER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n*° 11, *pg* 145, 18 *mars* 1878).

Après avoir résumé dans un tableau synoptique les 50 ovariotomies qu'il a pratiquées durant le cours de 21 mois, Schrœder met en saillie les faits principaux résultant de cet exposé.

Il distrait d'abord du nombre total de ses opérations, 3 ovariotomies où les opérées ont succombé au 10e, 19e et 45e jour, non des suites de l'opération, mais par les progrès d'une affection cancéreuse. Les 47 ovariotomies restantes ont fourni 7 cas de mort, soit 85,1 0/0 de guérisons. Lorsqu'on examine le tableau de plus près, on voit que la répartition des morts est très inégale : les 24 premières opérations en ont donné 6 (soit 24 0/0), tandis que les 23 dernières n'en ont donné qu'une (soit 4,3 0/0). Schrœder explique cette amélioration des résultats opératoires non pas tant par l'habileté plus grande qu'il a acquise que par les conditions de lieu dans lesquelles il a exécuté ses ovariotomies. Sur les 33 malades opérées à la maison d'accouchement, une seule a succombé, tandis qu'il y a eu 6 morts parmi les 14 femmes opérées ailleurs. Les chiffres si favorables obtenus à la Maternité de Berlin ne peuvent que surprendre ceux qui connaissent l'installation défectueuse de cet établissement dont les bâtiments n'ont pas été construits pour cet usage et renferment toujours plus de femmes qu'ils n'en devraient recevoir. Il semble qu'on ne puisse trouver de localité plus défavorable pour pratiquer des ovariotomies et cependant la seule des 33 opérées qui n'a pas guéri, est morte non d'infection purulente, mais d'hématocèle (?) au 19e jour d'une opération dont le cours avait jusque-là été satisfaisant. Voici, selon Schrœder, la clef du mystère. Dans un hôpital bien administré, le contrôle du personnel, des instruments et du matériel de pansement est beaucoup plus parfait que partout ailleurs, de sorte qu'en prenant les précautions convenables, on peut écarter des opérées toutes les causes d'infection. Or, pour l'auteur, c'est là le principal danger que rencontrent les ovariotomies. Pour y parer, Schrœder procède de la façon suivante :

Les ovariotomies sont pratiquées dans les chambres particulières qui ne donnent jamais asile à des femmes en couches et ne reçoivent que très exceptionnellement des malades ayant de la suppuration. Tous les instruments qui doivent servir à l'opération, arrivent de chez le fabricant d'instruments, fraîchement nettoyés, et séjournent dans une solution phéniquée ; les éponges toujours neuves ont été la veille lavées très soigneusement et passées à l'eau bouillante par la sage-femme en chef ; la nuit qui précède l'opération, les éponges sont plongées dans une solution d'acide phénique. Outre l'aide chargé du chloroforme, 5 personnes participent à l'opération, mais seuls Schrœder et un assistant touchent à la plaie.

Les ovariotomies sont toujours faites le matin, avant la visite des malades. Schrœder prend un bain en se levant, puis revêt des habits non susceptibles de contaminer.

Des pulvérisations phéniquées sont pratiquées dans la salle d'opérations, une demi-heure avant le début de l'ovariotomie.

Lorsqu'on opère dans ces conditions, ajoute l'auteur, on change complètement de manière de voir à l'égard du péritoine ; on se convainct que cette séreuse jouit à un degré exquis de la faculté de localiser les inflammations. On peut faire du péritoine ce qu'on veut, le couper ou le déchirer en morceaux, le brûler sans jamais voir apparaître le tableau classique de la péritonite généralisée : toujours les surfaces lésées s'accolent aux régions voisines de la membrane. Les corps étrangers eux-mêmes, comme le sang, les fils à ligatures sont enkystés par l'exsudat.

Le tableau symptomatologique qu'on rapporte à la péritonite généralisée, est celui de la péritonite septique. Quand on tient éloignées toutes les matières infectieuses, l'ouverture de la cavité péritonéale est absolument sans danger. Même après des opérations très laborieuses et dans lesquelles le péritoine a été atteint sur une étendue considérable, toute réaction fait presque défaut. Seul le pouls est assez souvent fréquent, 90 à 100, mais la température ne monte pas au delà de 37,8 environ; exceptionnellement le premier soir elle peut dépasser légèrement 38°. Mais il n'est pas rare non plus qu'elle demeure absolument normale. Le jour de l'opération, les vomissements sont très communs; ils tiennent au chloroforme; la soif est toujours intense. Pas de douleurs. Dès le 2e ou le 3e jour l'appétit se développe et les opérées bien que gardant le lit n'ont besoin d'aucune surveillance spéciale.

Après avoir laissé 9 jours en place le pansement par occlusion, Schrœder le renouvelle sous le brouillard phéniqué et enlève les sutures. La plaie se trouve alors réunie par première intention : jamais on ne trouve nulle part aucune goutte de pus. C'est là une évolution régulière, habituelle, qui n'a presque jamais fait défaut chez les dernières opérées.

Cependant en suite d'une opération laborieuse ou de l'irritation déterminée par les ligatures abandonnées, il peut se faire dans l'abdomen des épanchements circonscrits qui se vident dans l'intestin; mais ils ne s'accompagnent jamais de fièvre et méritent à peine d'être signalés.

La nature de la tumeur — à part le cancer — la difficulté de l'ovariotomie, ont une importance secondaire quant au résultat de l'opération, pourvu qu'on ait réussi — chose qui n'est pas toujours aisée — à éloigner toutes les causes d'infection. Les faits de mort ne sont plus que des accidents qui tiennent soit à une hémorrhagie secondaire due au pédicule ou aux adhérences, soit à une inflexion de l'intestin, etc.

Au point de vue de la méthode opératoire, il est bien préférable d'abandonner le pédicule dans la cavité abdominale, car le pansement de Lister devient d'une application difficile lorsqu'on fixe le pédicule en dehors du péritoine. Les fils de soie sont irritants, mais Schrœder ne voit pas le moyen de les remplacer : il n'a confiance ni au catgut ni au fer rouge. Il n'a recouru qu'une fois au drainage de la cavité abdominale, qui ne lui semble jamais nécessaire. J. B.

Eine Serie von 5 Oviariotomien nebst Bemerkungen über die Genese der adhäsiven Peritonitis, par Theodor KOCHER (de Berne) (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 3, p. 72, 1er février 1878*).

Les cinq opérées, pansées suivant la méthode de Lister, ont guéri :

1er *cas.* — Femme de 29 ans; kyste ovarique gauche très mobile; opération très simple; incision d'un petit kyste de l'autre ovaire. Apyrexie complète. Retour des règles dix-huit jours après l'ovariotomie.

2e *cas.* — Femme de 28 ans ayant en même temps que son kyste une ascite, et ayant déjà subi 7 ponctions. Etat général mauvais; émaciation considérable, dyspnée. Œdème des pieds et des parois abdominales; prolapsus utérin, Ovariotomie dans une position demi-assise le 9 mai 1877; épanchement ascitique abondant; le kyste ponctionné ne donne issue qu'à une faible quantité de liquide; aussi la tumeur est-elle incisée et vidée avec la main; une partie

de son contenu s'écoule dans la cavité abdominale. Toilette très minutieuse du péritoine bien qu'il y ait un peu de collapsus. Le pédicule trapu est, comme dans le cas précédent, fixé dans un clamp ; le premier soir 38°,7; douleurs vives. Depuis lors apyrexie et absence de complications ; dès le 6 juin la patiente se lève et le 17 elle part.

3e *cas.* — Femme de 32 ans. Opération le 12 mai 1877 : adhérences très étendues du kyste surtout en avant : on les lie et les sectionne. Pédicule allongé qu'on saisit dans un clamp. Il s'agit d'un kyste dermoïde colossal de l'ovaire gauche. A part une température de 38°,6, le deuxième soir, l'opérée n'a pas eu de fièvre du tout et dès le 3 juin elle quittait le lit.

4e *cas.* — Kyste multiloculaire ne présentant aucune mobilité. Ovariotomie le 15 juin 1877; les adhérences de la tumeur à la face antérieure sont telles qu'il est difficile de distinguer le péritoine. La ponction ne donne lieu qu'à un écoulement insignifiant de liquide ; une large incision permet de vider la tumeur à l'aide de la main et de l'extraire en y mettant quelque force. Il fut impossible d'empêcher la chute dans la cavité abdominale d'une certaine quantité du contenu du kyste. Pédicule court pincé dans un clamp. Quelques heures après l'opération, un peu de collapsus et de douleurs. Dès lors santé parfaite, aucune élévation de la température. Le 2 juillet la patiente commence à se lever.

5e *cas.* — Fille de 42 ans. Ovariotomie le 9 novembre 1877 ; adhérences très résistantes du kyste à la paroi abdominale antérieure ; une partie d'entre elles sont rompues violemment, les autres sont liées. Le pédicule, qui renferme la trompe, est si court et si épais qu'on le lie en masse et l'abandonne dans la cavité abdominale. En sectionnant le pédicule, on note une thrombose étendue des vaisseaux qui sont remplis de caillots brun rougeâtre en partie ramollis. Le kyste qui dépend de l'ovaire droit est multiloculaire, ses cloisons et ses parois sont très épaisses ; à la face interne des divisions principales il y a des dépôts de caillots fibrineux, jaune brunâtre, mous, semblant œdémateux. Plaie complètement suturée, réunie par première intention, si bien qu'au bout de 15 jours la malade pouvait se lever. Ici la thrombose vasculaire du pédicule ne peut être rapportée qu'à une chute sur le dos survenue immédiatement avant l'époque menstruelle, car cette femme n'avait subi encore aucun traitement. J. B.

Zur Ovariotomie, par A. MARTIN (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 15, *p.* 209, *et n°* 16, *p.* 224, 15 *et* 22 *avril* 1878).

L'auteur indique les résultats des 16 ovariotomies qu'il a pratiquées; il a réparti ses opérations en deux séries distinctes, suivant qu'elles ont été faites sans l'aide ou au contraire avec l'aide de la méthode de Lister. La première série composée des 6 ovariotomies les plus anciennes a fourni moitié morts, moitié guérisons; la deuxième série, comprenant les 10 opérations exécutées avec les précautions antiseptiques, a donné 3 morts et 7 guérisons. Voici d'ailleurs quelques détails sur la plupart de ces ovariotomies :

A) Opérations faites sans procédé antiseptique :

1° Patiente âgée de 18 ans ; sur son refus de subir l'ovariotomie, Martin ponctionne le kyste qui gênait énormément la respiration et la digestion. Il sort très peu de liquide de la tumeur qui est multiloculaire ; en revanche, on voit aussitôt se produire les symptômes d'une hémorrhagie interne. Comme tous les hémostatiques sont inefficaces, Martin recourt à l'ovariotomie qu'il pratique 4 heures après la ponction. La tumeur colossale était entièrement

remplie de sang épanché; malgré la transfusion, la malade succomba par anémie 2 heures après l'opération;

2° Femme âgée de 41 ans. Guérison;

3° Femme de 43 ans. Ovariotomie double. Guérison;

4° Femme de 52 ans. Kyste uniloculaire de volume considérable, très adhérent à la paroi abdominale antérieure. Drainage du kyste par la plaie abdominale. Mort le 6e jour par septicémie;

5° Femme de 24 ans. Guérison,

6° Femme de 31 ans. Opération pratiquée pour empêcher la continuation d'un épanchement sanguin intra-abdominal causé par un carcinome des ovaires et de l'épiploon. Mort 2 heures après l'opération.

Les 4 premières de ces ovariotomies ont été faites à la Maternité; dans toutes, le pédicule a été traité par le clamp.

B) Opérations faites d'après la méthode de Lister :

1e Femme de 37 ans. Kyste sous-séreux. Constriction de la base du kyste qu'on fixe dans la plaie abdominale. Mort le 6e jour par septicémie;

2e Femme de 29 ans. Kyste petit, uniloculaire. Pour cette opération comme pour toutes les suivantes, le pédicule est abandonné dans la cavité abdominale. Guérison;

3° Femme de 28 ans, un premier accouchement facile à terme; un avortement à 4 mois. Elle se trouve actuellement dans le 3e mois d'une nouvelle grossesse et déjà se montrent des symptômes indiquant l'imminence d'un avortement. Au-dessus de l'utérus qui repose entièrement sur le plancher pelvien, on sent une tumeur ayant un volume double du poing, assez mobile, mais mettant obstacle au développement de l'utérus vers le grand bassin. Martin pratique immédiatement l'ovariotomie, dans l'espoir qu'une fois la cause de compression éloignée, la grossesse pourra arriver à son terme normal. La tumeur était un petit kyste dermoïde. La morphine à hautes doses fit cesser les contractions utérines. L'opérée guérit sans accident et accoucha à terme sans difficulté d'une superbe fillette;

4° Femme de 40 ans opérée d'un petit kyste uniloculaire. Guérison;

5°, 6° et 7° Il s'agit ici de 3 doubles ovariotomies dont le résumé se trouve déjà dans la *Revue* (XII, 571). Nous devons toutefois ajouter que la seconde de ces opérées était une « jeune fille » de 38 ans et que la 3e, âgée de 30 ans, malgré des accidents d'intoxication phénique, a guéri comme les deux autres : son kyste était multiloculaire; le n° 5 avait 47 ans;

8e Femme de 22 ans, nullipare, très scrofuleuse. Ascite de 12 litres. Kyste multiloculaire de la grosseur d'une tête d'homme, dont la petite extrémité fait seule saillie dans la cavité abdominale, tandis que la portion la plus considérable soudée entre les feuillets du ligament large gauche, s'étend jusqu'au plancher pelvien et le long du psoas-iliaque. Une incision circulaire permit d'énucléer la tumeur en la séparant de son revêtement péritonéal; la trompe dut être liée isolément. Après l'extraction de la tumeur, il se trouvait rester un sac dont l'extrémité inférieure touchait la paroi du bassin : Martin réunit par des points de suture les parois opposées de ce sac, en agissant de même le long du ligament large jusqu'à l'utérus; puis il réséqua les portions de parois qui se trouvaient au-dessus et referma l'abdomen. La réaction fébrile fut insignifiante et l'opérée guérit;

9e Femme de 73 ans : la tumeur enlevée était un myxome ovarique, qui avait envahi le péritoine. Mort dans le collapsus le 7e jour;

10° Femme de 53 ans : 7 accouchements antérieurs dont le dernier en 1866. Martin père traita en 1868 cette malade pour une péritonite et diagnostiqua une grossesse extra-utérine avec un enfant mort. A la fin de décembre 1877 survinrent tout à coup de violentes douleurs abdominales avec frissons

de son contenu s'écoule dans la cavité abdominale. Toilette très p
du péritoine bien qu'il y ait un peu de collapsus. Le pédicu
comme dans le cas précédent, fixé dans un clamp ; le premier
douleurs vives. Depuis lors apyrexie et absence de compl
6 juin la patiente se lève et le 17 elle part.

3e *cas.* — Femme de 32 ans. Opération le 12 mai 1877 : a
dues du kyste surtout en avant : on les lie et les section
qu'on saisit dans un clamp. Il s'agit d'un kyste dermo
gauche. A part une température de 38°,6, le deuxième
de fièvre du tout et dès le 3 juin elle quittait le lit.

4e *cas.* — Kyste multiloculaire ne présentant auc
15 juin 1877; les adhérences de la tumeur à l
qu'il est difficile de distinguer le péritoine. I
un écoulement insignifiant de liquide; une l
tumeur à l'aide de la main et de l'extraire
impossible d'empêcher la chute dans le
quantité du contenu du kyste. Pédicule
heures après l'opération, un peu de c
parfaite, aucune élévation de la temp
à se lever.

5e *cas.* — Fille de 42 ans. Ovari
résistantes du kyste à la parc
elles sont rompues violemmer
ferme la trompe, est si court
dans la cavité abdominale.
étendue des vaisseaux qu
ramollis. Le kyste qui
sons et ses parois son
pales il y a des dépôt
œdémateux. Plaie
bien qu'au bout d
culaire du pédic
immédiatemen
aucun traiter

NSER, MOSSDORF.
— *klin. Wochens.*, n° 22,

ux résultats très prônés de l'élec-
ire. Pour lui les guérisons annoncées
rs de diagnostic, soit par un effet tout mé-
ption du liquide qu'on note parfois après une
une ponction unique du kyste.
accès de cette méthode ne sont pas rares et bien qu'en
(*Allg. med. Centralzeitung*, 1876), elle peut donner lieu à
En peu de temps, Grenser a vu deux femmes traitées sans

Zur Ovari Ehrenstein.

Mossdorf résume 4 cas de sa clientèle privée, soumis à l'électrolyse :

I 1er cas. — 5 séances d'une heure pendant 20 jours. La femme ayant succombé
2e de temps après, à l'autopsie on ne constate aucune modification dans le
il contenu du kyste;
3e cas. — L'autopsie ne révèle de changements que dans les alentours imméd
diats des piqûres;
4e cas. — Dès la deuxième séance, rupture du kyste dans le rectum ;
5e cas. — Insuccès complet malgré 60 séances.

(Voy. *R. S. M.*, VIII, 614 ; IX, 623 ; X, 557.) J. B.

On Electrolysis with special reference to the treatment of ovarian Cysts (De l'électrolyse et de son application au traitement des kystes de l'ovaire), par F. SEMELEDER (*Trans. of the internat. congr. of Philad.*, *p.* 859, 1876).

L'auteur commence ce travail par quelques généralités sur l'emploi des courants électriques dans les arts, la médecine, etc., sur les phénomènes

roduisent en traversant certains milieux, l'eau, les solutions albu-
etc. Ses effets sur le corps humain varient suivant le mode
. Il appelle ensuite l'attention de ses auditeurs sur l'applica-
olyse au traitement des kystes de l'ovaire. Il a obtenu six
d'hydropisie de l'ovaire par cette méthode. La durée du
rié entre quatre semaines et cinq mois; dans un cas
rue de l'utérus le contenu des kystes fut résorbé,
pas modifié. L'âge des malades variait entre 18
ge, une mariée sans enfants, une avait eu des
l'auteur employa un courant constant, assez
lacés à la surface de la peau. Les séances
ne provoqua pas de phénomènes inflam-
s, peu de douleur. Jusqu'à présent la
Cette méthode s'applique également
qui contiennent des liquides albu-
ont été ponctionnés et à ceux

ns d'essayer ce procédé avant de
tats annoncés par l'auteur sont trop sé-
ceptés sans un sérieux contrôle. J. B. H.

s of the omentum and from the pelvis during seventh
egnancy (Hydatides de l'épiploon et de l'excavation pelvienne, au 7e mois de la grossesse; guérison), par KNOWSLEY THORNTON
.. Times and Gaz., vol. II, p. 565, 1878).

Il y a 3 ans, la malade, qui est âgée maintenant de 32 ans, consultait pour une pesanteur abdominale avec augmentation de volume du côté droit du ventre. On crut à un corps fibreux utérin.

Depuis cette époque les symptômes locaux n'ont fait que s'accroître; en même temps apparaissait une cachexie générale. Depuis 5 mois que la malade est enceinte, la maladie n'a cessé de s'aggraver rapidement.

Examen direct. — Dans l'abdomen et à gauche, large tumeur globuleuse formée par l'utérus gravide (on sent les mouvements du fœtus, on entend battre le cœur). — A droite et un peu en avant de lui, plusieurs tumeurs sphériques mobiles sur l'utérus, mobiles les unes sur les autres. Une de ces tumeurs siège immédiatement au-dessus des pubis et donne une vague sensation de fluctuation. Le bassin est rempli par un amas de petits corps ronds qui semblent ne tenir ni à l'utérus ni aux tumeurs intra-abdominales. Un peu à droite de la masse principale pelvienne et parfaitement distincte d'elle est une petite tumeur élastique, du volume d'une noix, qui paraît fixée au sacrum. Le col utérin est normal ainsi que la cavité vaginale.

Bien que le diagnostic restât incertain, on se décida à faire une incision exploratrice devant permettre une opération s'il était possible.

L'incision, faite comme pour l'ovariotomie, amena tout d'abord sur une poche purulente adhérente aux parois abdominales. Après l'avoir vidée et excisée on reconnut que les diverses tumeurs étaient formées par des kystes hydatiques disséminés dans les cavités abdominale et pelvienne. Les uns occupent l'épiploon et sont enlevés avec une partie de celui-ci; d'autres se détachent par un pédicule de la région vésicale et sont extraits après ligature de leur insertion. Toutefois on dut laisser le kyste isolé, adhérent au sacrum, et quelques-uns des kystes siégeant à droite dans l'abdomen.

Pansement comme pour l'ovariotomie. Les suites de l'opération furent assez complexes.

Les sutures ayant dû être enlevées le 7e jour, on trouva le lendemain l'utérus gravide faisant hernie à travers la plaie. Sa réduction, assurée par de nouvelles sutures, provoqua l'accouchement avant terme (7 mois 1/2) qui se fit d'ailleurs sans accident. — Huit jours plus tard, nouvelle ouverture de la plaie donnant issue cette fois à une partie d'intestin.

Malgré ces complications, l'opérée, pour qui on avait mis en pratique dans toute sa rigueur le pansement de Lister, guérit complètement et ne tarda pas à reprendre santé et embonpoint. V. CAMPENON.

Kyste complexe de l'ovaire, cause de dystocie. Ovariotomie à la suite des couches. Mort par septicémie. P. RUGE. Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, 22 janvier 1878 (*Berlin. klin. Wochens.*, *n*° 16, *p.* 231, 22 *avril* 1878).

La femme en est à son 3e accouchement; le premier qui a été facile remonte à 3 ans; le second qui eut lieu il y a 18 mois fut prolongé et terminé par l'expression.

Le 6 novembre, écoulement des eaux; le 8, début des douleurs qui deviennent pressantes le lendemain et affaiblissent beaucoup la malade.

L'enfant est en première position du sommet, la tête un peu déviée à droite; le bassin est tellement rempli par une tumeur rénitente, élastique, qu'on a de la peine à pénétrer entre la symphyse et cette tumeur, pour sentir la partie fœtale qui se présente. On endort la patiente pour essayer de réduire cette tumeur; mais cette manœuvre ne réussit pas, non plus que la version qu'on tente ensuite. Une ponction donne issue à une faible quantité de matière colloïde. On pratique alors au niveau du cul-de-sac postérieur, une incision longue de 4 centimètres, on détruit les cloisons de la tumeur, et l'on en évacue le contenu à l'aide d'une pression extérieure. Le forceps amène au jour un enfant en état d'asphyxie, qu'on parvient à ranimer.

Après la délivrance, l'utérus se rétracte convenablement et l'évolution des couches est tout à fait satisfaisante jusqu'au 7e jour; à cette date, la température monte à 40°.

Le 20, la tumeur, qu'on n'avait pu retrouver immédiatement après l'accouchement, avait acquis un tel volume qu'elle atteignait l'ombilic. Comme elle présentait de la fluctuation, Ruge supposa qu'elle était en train de suppurer et se décida le jour même à faire l'ovariotomie.

La tumeur qui contenait un pus très fétide, était une combinaison de kystes colloïdes, dermoïdes et simples. Parmi les kystes dermoïdes, les uns communiquaient entre eux, les autres étaient complètement isolés et renfermaient des cheveux blonds et bruns ainsi qu'un grand nombre de dents de lait.

Le pédicule fut laissé dans la cavité abdominale; un drain fut passé à travers l'ouverture du cul-de-sac vaginal postérieur. Lavages. Vessie de glace.

Mort le 22 novembre au milieu de symptômes de septicémie.

J. B.

The operation of gastro-hysterotomy (L'Opération césarienne en Amérique), par R. P. HARRIS (*Amer. med. Journ.*, *p.* 68, *juillet* 1877).

Ce mémoire est un complément du travail publié précédemment dans l'*American Journal* et analysé dans ce recueil (*R. S. M.*, XII, 586).

L'auteur fait l'histoire très complète des opérations césariennes pratiquées au Canada, de 1832 à 1872, par une colonie de médecins français, dont le plus ancien fut le Dr Prevost. Il y joint nombre d'observations dont la relation lui a été envoyée par différents médecins de toutes les contrées d'Amérique. Il revient sur la question de la suture utérine après l'opération césarienne : il en recommande l'usage dans les cas d'atonie de la matrice, ou pour arrêter les hémorrhagies des sinus utérins.

Il établit ensuite par des exemples et des statistiques la nécessité de faire l'opération de bonne heure. En Amérique, d'après lui, si l'opération césarienne a donné des résultats si satisfaisants (70 à 75 0/0 des mères et des enfants ont été sauvés), cela est dû à ce que la plupart ont été faites dans les premières heures du travail, lorsque les femmes n'étaient pas encore épuisées.

Résultat général : Dans l'Amérique du Nord sur 103 opérations césariennes, 48 femmes ont survécu et 52 enfants ont obtenu la vie

H. DURET.

A case of spaying for fibroid tumour of the Womb (Castration des ovaires pour une tumeur fibreuse de l'utérus), par Williams GOODELL (*American Journal, p.* 36, *juillet* 1878).

Les relations qui existent entre le développement des tumeurs fibreuses de l'utérus et les congestions menstruelles des ovaires ne sauraient être mises en doute. A chaque menstrue elles augmentent de volume et provoquent d'abondantes hémorrhagies. S'inspirant de ces notions de physiologie pathologique et encouragé par un heureux succès du Dr Trenholine de Montréal, qui dans un cas de tumeurs fibreuses sous-péritonéales de l'utérus, fit l'ablation des ovaires par la gastrotomie, le Dr Goodell a exécuté la castration ovarienne dans de semblables circonstances. C'est l'observation de la malade qui fait l'objet de son mémoire dans l'*American Journal:*

A. B..., dame âgée de 33 ans, eut sa première menstruation à l'âge de 13 ans, mais elle fut accompagnée de douleurs assez vives. Il y a douze ans environ, elle commença à éprouver des douleurs au niveau du sacrum, et des troubles dans la menstruation. Ceux-ci allèrent en s'accentuant gravement. Elle souffrit bientôt de crises douloureuses dans la région ovarienne, et à chaque époque, l'écoulement du sang durait huit jours et était extrêmement abondant ; elle était obligée chaque fois de garder le lit pendant trois semaines sur quatre. Quand elle vint consulter le Dr Mitchell en octobre 1878, elle était pâle et exsangue, et son visage exprimait de vives souffrances. On constata alors l'existence d'une tumeur fibreuse, située en arrière de l'utérus, dans la cavité de Douglas, ayant déterminé une antéflexion de l'utérus, et repoussant le col derrière la symphyse. Elle remontait à deux doigts au-dessus de l'ombilic; elle était sous-péritoniale, et ne permettait nullement le traitement par la voie vaginale. Malgré l'emploi de l'ergot de seigle et de divers autres médicaments pendant plusieurs mois, l'état de la malade alla en s'aggravant considérablement ; ce qui décida l'opération. Après avoir couché la malade sur le côté et introduit un spéculum, on fit une incision à la muqueuse du cul-de-sac postérieur du vagin, soulevée par un tenaculum, dans l'étendue d'un

pouce et demi. Le péritoine fut coupé dans la même étendue avec des ciseaux. Puis le Dr Goodell introduisit son doigt derrière la tumeur, et guidé par la trompe, alla saisir entre les mors d'une pince fenêtrée, successivement, chacun des deux ovaires, qu'il attira dans le vagin. Leur pédicule fut lié solidement et on les extirpa. Les ligatures furent coupées courtes, et les pédicules réintroduits dans la cavité vaginale. L'ovaire droit était sain, la gauche contenait un petit kyste. Pas d'hémorrhagie ; aucun point de suture ne fut fait à la plaie vaginale.

A partir de ce moment, toutes les douleurs, tous les troubles cessèrent et la malade guérit rapidement. Le Dr Goodell eut l'occasion de la revoir huit mois après : elle n'avait plus aucune hémorrhagie ; elle ne souffrait plus, elle était florissante de santé et la tumeur utérine avait diminué de plus de moitié de son volume primitif.

Le chirurgien américain compare les résultats de cette opération à ceux qu'on retire de l'opération beaucoup plus grave de l'hystérotomie. Il la conseille dans les cas où la tumeur ne peut être extirpée par le vagin. L'ablation des ovaires par l'ouverture abdominale est beaucoup plus dangereuse que par l'incision vaginale : sur 33 cas d'extirpation des ovaires par le vagin, deux seulement ont été mortels.

Le Dr Goodell recherche ensuite quelle influence a sur la menstruation l'extirpation de ces organes. Dans 20 cas bien observés, bien que l'ovariotomie fût double, au moment des époques un écoulement de sang plus ou moins régulier, plus ou moins abondant a eu lieu par le vagin; mais dans 78 autres observations, il y a eu suspension complète de la menstruation. Cette opération ne détruit pas toujours complètement la sensualité : bon nombre de femmes opérées ont conservé tous leurs avantages corporels et ont manifesté des tendances sexuelles aussi vives que par le passé.

H. DURET.

Grossesse extra-utérine (ovarique? Gastrotomie) par BENICKE. Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, 8 janvier 1878 (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 13, *p.* 183, 1er *avril* 1878).

Femme de 33 ans ; 2 enfants venus au monde à terme et spontanément, le dernier il y a 12 ans; avortement suivi de périmétrite il y a 5 ans. Dernières règles au commencement de février 1877. Grossesse normale. Mouvements de l'enfant perçus jusqu'au 22 octobre où la femme est prise de douleurs abdominales très vives, dont quelques-unes ont le caractère des douleurs expulsives ; péritonite assez intense.

A la fin de décembre, Benicke, en examinant la malade, constate que son ventre a les dimensions de celui du huitième mois de la grossesse et qu'il contient une tumeur paraissant dépendre de l'ovaire. L'utérus est placé en avant, il a 9 centimètres de long ; à gauche, existe une fluctuation nette, à droite une surface inégale. Sécrétion laiteuse des mamelles. La femme dépérit rapidement.

Le 28 décembre, laparotomie. Le kyste complètement libre à gauche, présente à droite des adhérences récentes, et qu'on rompt facilement, à la paroi abdominale antérieure. Adhérences très résistantes au bassin. Le kyste s'est développé du côté droit entre les feuillets du ligament large; en l'ouvrant, on en extrait un fœtus du sexe féminin, pesant 778 grammes, et ayant

35 centimètres de longueur : la tête est complètement ratatinée, les téguments sont plissés et recouverts de dépôts granuleux ; seuls les membres inférieurs sont encore assez bien conservés.

La placenta est inséré sur la paroi interne du kyste qui regarde le diaphragme ; il se laisse facilement détacher sans hémorrhagie ; il pèse 330 gr. et présente à sa surface de nombreux caillots décolorés ; son tissu est ferme et compacte ; à la coupe, on aperçoit une trame fibreuse dans laquelle sont disséminés de petits foyers apoplectiques dont les plus volumineux sont de la grosseur d'une cerise. Le cordon ombilical a une longueur de 62 centimètres. Les portions du kyste enlevées pèsent 235 grammes ; en certains endroits les parois ont jusqu'à 1 centimètre d'épaisseur et laissent voir les orifices de gros vaisseaux artériels et veineux. La surface externe du kyste est entièrement lisse. La partie profonde du kyste est laissée dans le ventre et réunie par 20 points de suture à la plaie abdominale. L'opération a été pratiquée sous le brouillard phéniqué.

Pansement phéniqué, puis chloré. Fièvre modérée. Appétit bon. Miction et garde-robes spontanées. Comme on est au 12e jour de l'opération, on peut espérer la guérison. J. B.

Ueber Laparatomie nach dem Lister'schen Verfahren (Gastrotomies d'après la méthode de Lister), par CZERNY. VIIe congrès de la Société allemande de chirurgie, 14 avril 1878 (*Berlin. klin. Wochens., n° 24, p.* 357, 17 *juin* 1878).

Jusqu'à présent Czerny a exécuté 10 laparotomies par la méthode antiseptique. Ces 10 opérations consistent en : 6 ovariotomies dont une s'est terminée fatalement grâce à une péritonite occasionnée par la gangrène du pédicule abandonné ; 2 extirpations sus-vaginales de l'utérus pour des fibromes, avec fixation du pédicule dans la plaie abdominale ; 1 péritonite calleuse pour laquelle il pratiqua la gastrotomie en croyant à tort à l'existence d'une tumeur ; enfin une tentative demeurée incomplète d'extirpation d'une tumeur siégeant au niveau de la bifurcation de l'aorte. Aucune de ces 4 dernières opérations ne s'est terminée par la mort, bien qu'il n'ait pas été toujours possible d'obtenir une évolution aseptique de la plaie. J. B.

Cæsarean section, recovery (Opération césarienne chez une multipare, exostoses des branches pubiennes), par CODY (*The Lancet, vol. II, p.* 875, 1878).

Il s'agit d'une femme normalement constituée, non syphilitique, n'ayant subi aucun traumatisme du bassin et mère de deux enfants. Ces deux premiers accouchements ont été normaux. La troisième grossesse fut régulière, mais au moment du travail on constate que le doigt peut à peine traverser le défilé du bassin. L'opération césarienne fut pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant. Un examen ultérieur permet de reconnaître que la conformation extérieure du bassin est normale, mais qu'il existe des exostoses multiples le long de la face interne des branches pubiennes. Or, dans le passé de la malade, on ne peut invoquer comme étiologie qu'une attaque de rhumatisme survenue peu de temps après la deuxième couche, et qui a laissé après elle un état de cachexie et de maigreur qui persiste encore. V. CAMPENON.

Tre casi di amputazione cesarea dell' utero (Trois cas d'amputation césarienne de l'utérus), par D. CHIARA (*Annali universali di Medicina, vol. CCXLV, fasc. 737, Milan*).

Cette opération dont l'idée première appartient à Porro de Paire, a déjà été pratiquée en Italie, en Autriche et en Allemagne; en tout 15 fois, dont 7 guérisons. Dans les nombreuses discussions dont elle a été l'objet, Chiara s'est montré un de ses plus ardents partisans. Nous allons résumer les 3 observations qu'il publie aujourd'hui.

I. — 37 ans. Primipare. Rétrécissement considérable du bassin. — Pseudostéomalacie. Enceinte de 7 mois, refus de l'embryotomie complémentaire de l'accouchement prématuré artificiel; ovario-hystérotomie, avec les précautions antiseptiques de Lister. Après incision de la paroi abdominale, l'utérus est ouvert, le fœtus se présente dans la plaie par l'épaule droite; son extraction est facile. — L'utérus est mou comme un *chiffon*. On lui applique une forte ligature et on en pratique l'excision. Issue de quelques anses intestinales, drain à travers les replis de Douglas. — Suture métallique (8 points). Le fœtus est mort. La femme est morte de collapsus le 5e jour par suite d'une rétraction du moignon, avec rupture des adhérences, et issue consécutive d'une anse intestinale.

II. — Femme de 23 ans, primipare, présentation de l'épaule. Enceinte de 6 mois. Accouchement forcé, fœtus mort. — L'année suivante, avortement spontané. — Un an après, 3e grossesse, à peu près à terme. Commencement de travail. Ovario-hystérotomie comme dans l'observation précédente. — Fœtus vivant, mort de la mère le 4e jour par suite d'une péritonite diffuse.

III. — 43 ans, pluripare, 6 accouchements naturels, un avortement à 6 mois. — Pendant la 5e grossesse, douleurs pelviennes très fortes; à la 7e grossesse à terme, bassin ostéomalacique. Les branches ischiopubiennes ne sont séparées que par un espace de 23 millimètres. Cordon ombilical dans le vagin et présentant des pulsations. Pas de dilatabilité de la ceinture pelvienne. Version et embryotomie impossibles. — Ovario-hystérotomie; succès complet pour la mère et l'enfant.

Ces longues observations sont accompagnées de plusieurs figures.

MARCANO.

Grossesse extra-utérine terminée par un lithopédion. Gastrotomie suivie de guérison, par MARTIN. Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, 12 mars 1878 (*Berlin. klin. Wochens., n° 27, p. 401, 8 juillet 1878*).

Femme de 37 ans, accouchée en 1862 et ayant joui depuis jusqu'en 1870 d'une bonne santé. A cette dernière date, douleurs d'apparence péritonitique qui se renouvellent en 1875. A partir de cette époque la femme remarque dans le côté droit de son ventre une tumeur dure qui plus tard devint douloureuse dans les mouvements. En octobre 1877, elle vient réclamer les soins de Martin qui constate l'état suivant : Tumeur dure, siégeant à droite au niveau du détroit supérieur. Utérus en rétroversion et refoulé à gauche. Douleurs dans les mouvements et pendant la défécation, aussi la malade presse-t-elle Martin de la débarrasser de sa tumeur.

Le 15 novembre, gastrotomie sous le nuage phéniqué ; la tumeur, à surface lisse, est solidement implantée à droite, sur l'orifice supérieur du petit bassin d'où il est malaisé de l'extraire ; elle présente des adhérences étendues avec l'épiploon. L'opérée est renvoyée guérie le 14e jour après l'opération. Au bout de 4 semaines, elle est prise de douleurs abdominales, l'angle inférieur de la plaie se rouvre pour donner issue à un fil de ligature.

La tumeur forme une masse piriforme, de la grosseur d'une tête d'enfant ; elle constitue un lithopédion : dans une enveloppe calcifiée, se trouve renfermé un fœtus de 5 mois.

Avant l'opération, Martin avait posé le diagnostic de kyste dermoïde calcifié.

Il estime avoir eu affaire à une grossesse primitivement tubaire avec rupture dans le péritoine ; il fonde cette opinion sur les circonstances suivantes : fréquence relative de cette variété de grossesse extra-utérine, siège de la tumeur, la facilité relative à l'isoler, et par-dessus tout absence du placenta au niveau du pédicule. J. B.

Laparo-elytrotomy, par WHITESIDE HIME (*The Lancet, vol. II, p.* 656, 1878).

Le 14 juillet, W. Hime était appelé près d'une multipare dont le travail commencé depuis plus de 20 heures, n'avançait pas. Cette femme avait eu déjà 9 accouchements terminés facilement; mais, depuis la dernière grossesse s'était développé un énorme cancer recto-vaginal remplissant l'excavation pelvienne. C'est à peine si le doigt peut s'insinuer entre la paroi vaginale antérieure, qui est saine, et le néoplasme essentiellement vasculaire et hémorrhagique.

L'impossibilité d'intervenir par les voies naturelles, les dangers de l'opération césarienne chez une femme épuisée et profondément anémique, la nécessité de sauver la vie de l'enfant encore vivant décidèrent à pratiquer l'opération conseillée par Gaillard Thomas de New-York.

La malade est placée, dans le décubitus dorsal, sur le lit d'opération et soumise au chloroforme. On incise les parois abdominales suivant une ligne étendue de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche à l'épine du pubis. Chemin faisant, on pince et l'on tord les vaisseaux sectionnés. Arrivé sur le péritoine on le détache doucement de manière à atteindre le cul-de-sac antérieur du vagin. Ce cul-de-sac, refoulé de bas en haut à l'aide d'une sonde est saisi avec une pince et largement divisé. La main engagée par la plaie abdominale s'engage dans le vagin et va à la recherche du col de l'utérus. L'orifice du col est largement dilaté par la tête fœtale coiffée de la poche des eaux. On pratique rapidement la version et l'on fait en même temps l'accouchement et la délivrance. L'enfant est un beau garçon, bien vivant, dont l'extraction n'offrit aucune difficulté. L'utérus revint rapidement sur lui-même et ne fut le siège d'aucune hémorrhagie. L'opération dura à peine 20 minutes. Pansement antiseptique.

L'anesthésie fut suivie chez l'opérée d'une période d'excitation violente; le calme était cependant en partie revenu, lorsque 2 heures après l'opération la malade mourut subitement en voulant s'asseoir dans son lit.

L'autopsie permit de constater l'intégrité de la vessie et du péritoine.

L'auteur espère que cette opération remplacera avec avantage non seulement l'opération césarienne mais aussi la crâniotomie.

V. CAMPENON.

De la gastro-élytrotomie, par MASSON (*Thèse de doctorat, Paris*, 1878).

Après avoir donné avec détail tous les faits et documents relatifs à la gastro-élytrotomie, connus jusqu'à la publication de son travail (mars 1878), l'auteur expose le manuel opératoire et passe brièvement en revue les avantages et les inconvénients de cette opération, comparés à ceux de l'opération césarienne. En réalité, c'est Ritgen qui, le premier, imagina ce procédé, qui consiste à diviser la paroi abdominale suivant une ligne allant de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'épine du pubis, immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope et à repousser le péritoine au lieu de l'inciser, afin de mettre à découvert le vagin et d'y pratiquer une ouverture pour la sortie ou l'extraction de l'enfant, lorsque les voies naturelles ne le permettaient pas. Il diffère donc de celui de Jœrg, à qui quelques auteurs attribuent la priorité de l'idée: ce dernier, en effet, proposait d'ouvrir l'abdomen par une incision verticale faite sur la ligne blanche, puis à sectionner le vagin et au besoin le col de l'utérus; de cette façon le péritoine se trouvait divisé deux fois. Ritgen n'appliqua son procédé sur la femme vivante, que dans une seule occasion, et sans succès.

En 1822, Physick, de Philadelphie, conseillait de pratiquer une incision transversale immédiatement au-dessus du pubis et de décoller le péritoine de la surface de la vessie, pour arriver en arrière jusqu'au vagin.

En 1823, parut à Paris la thèse de Baudelocque neveu, qui, ignorant les travaux précédents, crut être le premier à conseiller cette opération, à laquelle il donna le nom de gastro-élytrotomie. Cette thèse fut suivie de deux mémoires (1824, 1844) dans lesquels il expose six procédés différents, dont l'un n'est que la répétition de celui de Ritgen. Il ne fut pas heureux dans son application, car la simple piqûre du vagin, dit-il, détermina une hémorrhagie tellement considérable qu'il fut obligé d'avoir recours à l'hystérotomie, et la femme mourut. Il espéra pouvoir éviter cet accident en appliquant préalablement une ligature sur l'artère iliaque interne, mais il ne fut pas plus heureux dans l'application du procédé modifié, car une piqûre accidentelle de l'artère iliaque *externe* le força à lier l'iliaque primitive, et la femme succomba. Ces modifications malheureuses ainsi que ces insuccès firent juger très sévèrement cette opération par tous les auteurs français et elle paraissait définitivement condamnée, lorsqu'en 1870, Gaillard Thomas, de New York, chercha à la remettre en honneur et constitua ainsi dans son histoire une seconde période que M. Masson désigne sous le nom de période américaine. Il l'expérimenta d'abord sur le cadavre, puis réussit, par son moyen, à retirer un enfant vivant de l'utérus d'une femme moribonde. Quelque temps après, en 1875 et 1877, Skene eut deux occasions de la pratiquer avec un égal succès pour la mère et l'enfant, quoique le second de ces cas fût entouré des plus grandes difficultés et se trouvât dans les conditions les plus défavorables au succès de l'opération.

La série des documents relatifs à cette nouvelle période se termine par la relation d'une expérience faite, à Paris, sur le cadavre, par le Dr Budin, qui laissa l'impression aux assistants que l'extraction de l'enfant par cette voie était simple et facile.

Ces résultats beaucoup plus favorables que ceux de la première période ou période ancienne, quoique ne permettant pas encore de conclure à la supériorité absolue de la gastro-élytrotomie sur l'opération césarienne, doivent néanmoins encourager à y avoir recours, car on peut se demander si ses dangers, tels que l'hémorrhagie due à la section des parois du vagin, la suppuration du tissu cellulaire de la fosse iliaque et la péritonite consécutive, la blessure possible de la vessie et de certains gros vaisseaux ne sont pas moindres que ceux que font courir dans l'opération césarienne la section si grave de la paroi utérine et celle du péritoine, que la gastro-élytrotomie a pour but principal d'éviter. Et comme la section du péritoine est beaucoup moins dangereuse que celle de l'utérus et qu'un des temps les plus effrayants de cette opération est le décollement si étendu du péritoine, l'auteur suggère en terminant une idée émise par le Dr Budin, qui consisterait à diviser cette membrane au lieu de la décoller. J. CARRIÈRE.

Zwei Fälle von Kaiserschnitt nach dem Tode mit lebendem Kinde (Deux cas d'opération césarienne après la mort avec extraction d'enfant vivant), par WELPONER (*Wien. mediz. Presse, p.* 5, 1879).

L'auteur a eu deux fois l'occasion de pratiquer l'opération césarienne immédiatement après la mort.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 36 ans, parvenue au 9e mois de la grossesse, qui meurt subitement pendant le travail; l'opération est faite au bout de 2 minutes, et l'enfant retiré en état de mort apparente est insufflé et vit 5 heures. La seconde opération fut pratiquée 4 minutes après la mort sur une femme de 31 ans qui succombait après une demi-heure d'agonie à une méningite tuberculeuse.

L'enfant ranimé par la respiration artificielle, vécut 23 heures.

Ces résultats doivent engager les accoucheurs à agir de la même façon dans tous les cas où la mère n'a pas succombé à une maladie infectieuse, à condition que l'intervention puisse avoir lieu au plus tard 10 ou 15 minutes après la mort. L. GALLIARD.

Zwei Fälle von sectio cæsarea mit Exstirpation des Uterus (Deux cas d'opération césarienne avec extirpation de l'utérus), par PAWLICK (*Wien. med. Wochens., p.* 26, 1879).

Les deux observations de l'auteur ont été prises à la clinique du professeur Braun (Fernwald). Dans la première, l'opération césarienne avec extirpation de l'utérus a été suivie d'un succès complet pour la mère et l'enfant; dans l'autre, l'enfant seul a survécu.

La première opérée est une femme de 26 ans, assez vigoureuse, mais chez qui on constate un rétrécissement du bassin. L'incision abdominale de 14 centimètres ne permettant pas de faire saillir l'utérus au dehors avec son contenu, l'opérateur incise l'organe sur la ligne médiane. Le fœtus se présente à l'orifice par l'épaule droite, on l'attire par les pieds; quand les épaules sont dégagées, l'utérus se contracte sur la tête et la suit au dehors. L'opéra-

teur en profite pour extraire la tête et placer la chaîne de l'écraseur de Billroth à l'union du corps et du col utérin, puis il sectionne à 1 centimètre au-dessus. Quand le sang a cessé de couler il nettoie le repli de Douglas, qui, grâce aux précautions prises, ne contient que quelques gouttes de sang et suture la paroi abdominale, en ménageant en bas une ouverture pour le moignon et la chaîne de l'écraseur. Celle-ci put être enlevée le quatorzième jour avec quelques parties mortifiées. Après 45 jours la cicatrisation était complète.

La seconde opération ne fut pas moins heureuse au point de vue de l'enfant, mais la mère mourut de péritonite, le soir du troisième jour. Dans les deux cas, c'est le pansement de Lister qui a été appliqué. L. GALLIARD.

Case of ablation of the uterus for cancer (Un cas d'ablation de l'utérus pour cancer), par W. ALEXANDER (*Medical Times and Gazette, vol. I, p.* 37, 1879).

Femme de 38 ans. Première hémorrhagie 5 mois avant l'entrée à l'hôpital. Col utérin irrégulier, bosselé, ulcéré, saignant facilement. Le corps de l'utérus et ses annexes paraissent sains; il n'y a pas de cachexie.

Incision depuis le pubis jusqu'à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Intestin grêle soulevé de l'excavation pelvienne et refoulé dans les parties supérieures de l'abdomen. On lie les ligaments larges à droite et à gauche; une aiguille, armée d'un fil et introduite tour à tour par le vagin et par la cavité pelvienne, permet de comprendre le cul-de-sac vaginal dans 6 nœuds successifs. L'utérus fut alors détaché; ce dernier temps s'accomplit presque sans écoulement sanguin.

La malade resta dans le collapsus malgré les soins les plus variés, et la mort survint une heure et demie après l'opération sans hémorrhagie appréciable.

Malgré cet insuccès, Alexander considère que l'ablation complète de l'utérus, pratiquée d'ailleurs avec succès par Freund, est la seule opération qui offre quelques chances de guérison dans le cas de cancer du col de l'utérus; les opérations partielles sont impuissantes, de l'aveu de tous. V. CAMPENON.

OBSTÉTRIQUE.

The mechanism of natural and of artificial labor in narrow pelves (Du mécanisme de l'accouchement naturel et artificiel dans les bassins rétrécis), par Williams GOODELL (*Trans. of the internat. Congress of Philad., p.* 777, 1876).

Un bassin rétréci est un bassin dont le diamètre antéro-postérieur (conjugué) a moins de 104 millimètres. De ce chiffre il faut retrancher l'épaisseur des parois de l'utérus et de la vessie. Dans ces conditions

l'accouchement spontané peut encore avoir lieu, mais le plus souvent on est obligé d'avoir recours au forceps, quelquefois à la crâniotomie.

L'auteur décrit trois variétés de bassins déformés :

1° Le bassin plat dans lequel le diamètre conjugué est rétréci et le diamètre transversal élargi ;

2° Le bassin dont tous les diamètres sont uniformément rétrécis ;

3° Le bassin généralement aplati et rétréci qui présente toutes les lésions osseuses des deux premières variétés à des degrés différents.

La première variété est la plus commune, l'obstruction est située au détroit supérieur au niveau du promontoire. Dans la deuxième variété elle est étendue à toute la surface interne du canal pelvien. Dans la troisième variété elle dépend de la prédominance du rétrécissement conjugué ou transversal, et par conséquent est située tantôt au détroit supérieur tantôt dans tout le canal pelvien.

Lorsqu'il s'agit d'un bassin généralement et uniformément rétréci, le mécanisme de l'accouchement ressemble beaucoup à celui d'un accouchement normal : cependant il est plus long; la tête ne présente pas l'obliquité latérale de Nægelé; elle est plus fortement fléchie; de plus, le mouvement de flexion commence plus tôt; les déformations et fractures du crâne sont moins communes dans cette variété de rétrécissement que dans les autres.

Dans les bassins aplatis ou rétrécis suivant leur diamètre conjugué, voici le mécanisme de l'accouchement spontané : le diamètre bipariétal correspond au diamètre conjugué, mais ne peut s'y engager. La résistance se trouvant plus près de l'occiput, le front s'abaisse et la tête se défléchit. A mesure que le front descend, la suture sagittale perd ses obliquités et devient transversale, et les deux fontanelles se placent sur le même plan. Le diamètre bitemporal atteint le diamètre conjugué et s'y engage. La tête ainsi saisie se moule sur le promontoire. Quelquefois c'est le diamètre bicoronal qui correspond au diamètre conjugué. Ces faits expliquent la fréquence des présentations de la face dans les bassins rétrécis et pourquoi on atteint, dans ces cas, si facilement la fontanelle antérieure et si difficilement la fontanelle postérieure.

A ce moment la résistance est située plus près du front que de l'occiput, ce dernier descend, le diamètre bipariétal étant placé d'un côté ou de l'autre du diamètre conjugué. Mais la résistance du rebord iliaque empêche l'occiput de descendre, force celui-ci à se mouler sur la surface sacro-iliaque correspondante et repousse la tête vers la partie du bassin où se trouve le front.

Dans un bassin généralement rétréci et plat, et dont le diamètre transversal est absolument rétréci, ce déplacement peut continuer jusqu'à ce que le front soit arrêté par l'ilion du côté opposé. Donc la tête franchit le diamètre conjugué suivant une ligne plus ou moins oblique qui se dirige d'un point situé près de la suture coronale à la partie postérieure de la base du crâne, la résultante de trois forces : la flexion, la propulsion utérine et le déplacement occipito-frontal qui se fait dans le diamètre transverse du détroit supérieur. A mesure que la tête descend, elle se fléchit de plus en plus et le diamètre bipariétal se

place immédiatement au-dessous du promontoire. La flexion cependant est moins prononcée que dans l'accouchement normal et la rotation de la tête est plus tardive. L'accouchement terminé, la tête fœtale présente la forme d'un rein; il existe une dépression sur le côté de la tête qui répond au sacrum, une saillie sur le côté opposé. De plus, un des pariétaux, généralement l'antérieur, chevauche sur l'autre. La situation de cette dépression osseuse varie avec le volume et la position de la tête et avec la forme du bassin.

Lorsqu'il existe une disproportion considérable entre la tête et le bassin, ou lorsque le diamètre conjugué est rétréci et la tête ossifiée et arrondie, l'engagement est retardé; pour le faciliter (Ed. Martin), on place la femme sur le côté qui correspond au front du fœtus. Si malgré cela la tête ne s'engage pas, la terminaison naturelle de l'accouchement sera retardée indéfiniment.

L'auteur discute ensuite la théorie de Hodge sur l'engagement du sommet dans les cas de rétrécissement du bassin, et cite à l'appui de sa propre théorie des observations de mademoiselle Puéjac, Lachapelle, Siebold, Levret et Antoine Dugés.

Après la version le mécanisme est presque identique à celui que l'on vient de décrire, dans les bassins plats et dans les bassins dont le diamètre conjugué surtout est rétréci. L'extension partielle de la tête (qui présente la forme d'un coin) rejette le diamètre bipariétal sur un des côtés du promontoire et place le diamètre bimastoïde dans le diamètre conjugué. Quand on fait des tractions, si le diamètre occipito-frontal est court ou si la partie du bassin qui correspond à l'occiput est spacieuse, la tête s'engagera dans le diamètre bi-iliaque en demi-flexion; sa descente sera verticale si la tête est grande ou le diamètre bi-iliaque rétréci, la résistance éprouvée par l'occiput tendra à fléchir la tête et à la pousser vers la partie du bassin qui répond au front. La tête devra donc passer suivant une ligne oblique dirigée de l'angle antéro-inférieur du pariétal à la partie postérieure de la voûte du crâne. Cette ligne se rapproche cependant plus de la verticale que dans la présentation du sommet. De plus la pression sus-pubienne associée à la traction exercée, tantôt suivant l'axe du détroit supérieur, tantôt suivant l'axe du détroit inférieur, force la tête à contourner le promontoire. A l'appui de ce qui vient d'être dit, l'auteur cite quelques observations empruntées à Smellie, Lachapelle, Phillips, *etc.* Il est donc évident que le mécanisme est presque le même dans l'accouchement naturel et après la version. Cependant la version possède quelques avantages sur l'accouchement naturel : elle donne un secours extérieur : la pression sus-pubienne et la traction; de plus la tête s'engage par son plus petit diamètre (bimastoïde), le diamètre bitemporal plus grand mais plus compressible passe dans le diamètre conjugué. Dans la présentation du sommet c'est le contraire qui a lieu. De ce qui précède il est évident que la version ne convient que dans les cas où le diamètre conjugué seul est rétréci. Dans les autres variétés de rétrécissement, l'accouchement se fait par un autre mécanisme et c'est au forceps et non à la version qu'il faut avoir recours.

Il est donc très important de savoir à quelle variété de déformation pelvienne on a affaire. On doit avoir recours au toucher vaginal et à la pelvimétrie; mais *il faut surtout s'assurer de la position de la tête.*

Quand le rétrécissement porte principalement ou seulement sur le diamètre conjugué, le diamètre occipito-frontal est parallèle au diamètre transverse du détroit supérieur, et la fontanelle antérieure est basse. Quand le bassin est uniformément rétréci ou quand le rétrécissement bi-iliaque prédomine, la tête est élevée et fortement fléchie. De plus la suture sagittale a une direction oblique.

L'auteur étudie ensuite le mécanisme de l'accouchement, lorsqu'on applique le forceps au détroit supérieur d'un bassin rétréci. Si les cuillers sont appliquées au diamètre occipito-frontal ou fronto-mastoïde, la tête se fléchit fortement et le diamètre bipariétal ou un autre diamètre plus long que le bitemporal, s'engage dans le diamètre conjugué. La compression exercée par le forceps empêche l'allongement des longs diamètres et élargit les diamètres transversaux de la tête. Une application fronto-mastoïdienne tend à produire une rotation prématurée de l'occiput en avant. De plus le sens de la traction fait un angle avec l'axe du détroit supérieur ; par conséquent la plus grande partie de la force se perd contre le pubis. Enfin la flexion de la tête ou le raccourcissement du diamètre fronto-occipital favorise le prolapsus du cordon. Les statistiques démontrent que cet accident a lieu deux fois sur cinq accouchements. Chailly Honoré l'a rencontré deux fois sur trois.

La flexion se produit aussi, quand on applique les cuillers sur les parois latérales de la tête et le diamètre bipariétal ou un de ses congénères traverse le diamètre conjugué. Tous ces diamètres se raccourcissent fort peu, et par conséquent les tractions doivent être très fortes. La tête passe suivant une ligne qui se dirige de la bosse pariétale en avant à la base du crâne en arrière ; cette ligne est parallèle à la suture sagittale. Le forceps a d'autres inconvénient mécaniques : la compression qu'il exerce agit sur toute la surface de la tête et dans une application bilatérale, sur les pommettes qui sont incompressibles et qui n'ont pas besoin d'être comprimées. Il modifie à peine la longueur du diamètre bipariétal. De plus, il comprime la tête également des deux côtés ; or le côté qui répond au pubis n'a pas besoin d'être comprimé ; la moitié donc de la force déployée est complètement perdue. Enfin le forceps empêche la tête de se mouler sur le promontoire et de *contourner* cette proéminence. En terminant, l'auteur dit quelques mots de la version dans les bassins ovulaires obliques, et des services que peut rendre le levier entre les mains d'un accoucheur habile, pour dégager la tête retenue au détroit supérieur d'un bassin dont le diamètre conjugué est rétréci.

En résumé, dans la présentation du sommet et après la version, la nature présente la tête en extension ; le forceps en flexion ; la nature l'engage par son diamètre le plus court et le plus compressible ; le forceps par son diamètre le plus long et le moins compressible ; la nature et la version font tourner la tête autour du promontoire ; le forceps lui fait traverser directement le rétrécissement. La nature et la version moulent la tête à la forme du détroit, le forceps la moule, à sa propre image. Les premières limitent la lésion cérébrale au point qui s'appuie sur le promontoire, le forceps rend la lésion plus étendue. La nature et la version ne produisent absolument que des lésions nécessaires ; le forceps produit des lésions inutiles.

Tout ce qui précède permet à l'auteur de conclure :

1° Dans un bassin plat, la tête première sans l'intervention de l'art, suit les mêmes lois d'engagement et de descente que la tête dernière après la version. La version signifie donc l'art aidant la nature ;

2° Le forceps contrarie plus ou moins le mécanisme de l'accouchement naturel, le forceps est donc l'art combattant la nature.

3° Dans un bassin uniformément rétréci, la tête première suit les mêmes lois, d'engagement et de descente, que l'accouchement soit naturel ou artificiel. La version viole ces lois. Le forceps est donc l'art aidant la nature, la version, l'art combattant la nature.

4° Au détroit supérieur ou au-dessus, dans un bassin plat, l'application du forceps sur le diamètre fronto-mastoïde ou sur l'occipito-frontal gêne moins le moulage de la tête et violente moins le mécanisme naturel du travail que l'application sur le bipariétal.

5° Dans un bassin plat, le levier aide le mécanisme naturel du travail, et doit par conséquent remplacer le forceps. J. B. H.

Geburt bei Uterus septus (Accouchement avec utérus cloisonné complètement), par EBELL. Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin. 26 février 1878 (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 24, *p.* 354, 17 *juin* 1878).

Femme de 36 ans ; menstrues régulières et indolores depuis l'âge de 15 ans. Il y a 6 ans, avortement au 3e mois ; un an plus tard, accouchement à terme, facile.

En avril 1877, c'est-à-dire au 3e mois d'une nouvelle grossesse, douleur dans le côté gauche du ventre avec métrorrhagie.

Le 16 avril, Ebell vit pour la première fois cette femme qui avait de la pâleur et une cypho-scoliose des vertèbres thoraciques. Son utérus, de la grosseur d'une pomme, se contractait sous les manipulations de la main; le col était ramolli. L'orifice externe se trouvait à droite de la ligne médiane ; dans la cavité du col, on sentait un corps élastique qui se terminait en haut par un pédicule inséré sur l'utérus, à droite et en avant. Au côté gauche de l'utérus, adhérait intimement une autre tumeur dont la consistance était pâteuse et qui se contractait, lorsqu'on la malaxait. Il ne paraissait pas exister de communication avec la cavité utérine située à droite.

Le tamponnement du vagin fut suivi le lendemain de l'expulsion d'un fœtus au 3e mois. La caduque fut extraite avec la main : injections phéniquées.

Dès lors la tumeur sise à gauche s'abaissa ainsi que l'utérus vidé de son ovule.

Le 18 mai, perte sanguine insignifiante.

Le 16 juin, hémorrhagie plus considérable et douleurs expulsives. Le col est effacé, son orifice externe dilaté et situé à gauche. L'utérus a le volume du poing. Au niveau du col, on sent la poche des eaux et les pieds d'un fœtus.

Au fond de l'utérus, dans le tiers droit, on reconnaît l'existence d'un léger sillon.

Le 20 juin à 1 heure du matin, expulsion d'un fœtus âgé de 5 mois. Délivrance artificielle.

Maintenant, on perçoit distinctement deux orifices externes d'où part une cloison qui se prolonge sans interruption jusqu'au fond de l'utérus. — Couches normales.

Ebell, après avoir relevé la rareté de cette forme de cloisonnement de l'utérus, insiste sur la difficulté du diagnostic. On pouvait songer ici à un myome, à un hématomètre d'une moitié imperforée de l'utérus, à une grossesse dans une corne rudimentaire, à une paramétrite, à une grossesse intra-utérine.

De même que B. Hicks, il regarde comme des signes différentiels très importants : la possibilité de faire contracter la tumeur, la consistance pâteuse de cette dernière et à une époque plus avancée, les mouvements fœtaux.

L'avortement est la conséquence ordinaire du manque d'espace et de la différence de capacité des deux loges utérines.

Ebell fait enfin ressortir l'indépendance fonctionnelle des deux moitiés de l'utérus, qui lui semble favorable à l'idée d'un centre moteur distinct pour chacune des cavités.

Dans les deux mois qui s'écoulèrent depuis l'avortement provoqué, il n'y eut aucune hémorrhagie de la moitié utérine qu'on avait vidée de son ovule. J. B

Note on two contrasted Forms of weak Labour (Note sur deux formes opposées de travail prolongé), par J. Matthews DUNCAN (*The Obst. Journ.*, *n°* 59, *p.* 705).

La première de ces formes est celle bien connue particulière aux multipares et due à l'inertie utérine.

La seconde, dont la cause serait *la rétraction prématurée* de l'utérus, est beaucoup plus rare et s'observe de préférence chez les primipares d'une nature très nerveuse. Cette forme est à tort confondue avec la première : les contractions utérines ne font pas défaut ; elles sont irrégulières. La rétraction de l'utérus marche avec une rapidité dangereuse. La tête s'arrête au périnée : l'emploi du forceps court est indispensable. Jamais il n'y a de délivrance difficile ni d'hémorrhagie.

L'auteur résume en ces termes le diagnostic de ces formes si différentes d'accouchement prolongé.

« Dans la première, les douleurs sont courtes, rares, peu douloureuses : dans la seconde, elles sont fréquentes, douloureuses et ont une durée normale. Dans la première, l'action expulsive est faible ou absente, l'utérus est mollasse et ne réagit pas contre la main qui le frotte ou le pétrit : c'est le contraire dans la seconde. Dans la première, le bord inférieur du corps de la matrice ne peut être reconnu ou est perçu d'une manière indistincte au-dessus de la symphyse. Dans le second, ce bord est rapidement remonté jusque près de l'ombilic dès le début du travail : il est du reste facilement reconnu ; ses bords indurés arrondis marquent une limite entre lui et le col, ils ne laissent rien distinguer à travers leurs parois pendant la contraction, tandis que le col est mince et tendu pendant la contraction et permet facilement de sentir les parties fœtales. »

On le voit, cette rétraction prématurée de l'utérus s'accompagne d'une élévation considérable du fond de l'utérus, et d'une élongation et d'un amincissement dangereux du col et des parois vaginales. Le traitement

diffère d'une façon absolue de celui de l'inertie utérine. Eviter avant tout l'emploi des ocytoxiques, du seigle ergoté, en particulier, qui produiraient des accidents mortels. L'utérus doit plutôt être calmé que stimulé. Les opiacés et le chloroforme seront utilement employés. Le danger varie du reste dans chaque cas et l'indication d'une intervention rapide est plus ou moins urgente, suivant que le bord inférieur du corps et le fond de l'utérus sont plus ou moins éloignés de la symphyse des pubis. C. Z.

I. — **Ueber Verletzung und Schutz des Dammes (Des déchirures et de la protection du périnée), par H. FASBENDER** (*Zeitsch. für Geburts. und Frauenk., II Band, 1 Heft, p.* 43).

II. — **Klinisch Beobachtungen über Dammrupturen (Observations cliniques sur les ruptures du périnée), par LIEBMANN** (*Zeits. für Geburts. und Gynäk., I Band, 2 Heft*).

III. — **Ueber tiefe Scheiden und Cervicalrisse bei der Geburt (Sur les déchirures étendues du vagin et du col utérin pendant l'accouchement), par KALTENBACH** (*Zeits. f. Geburts. und Gynäk., II B., 2 H.*).

I. — Les renseignements statistiques donnés sur la fréquence des déchirures du périnée présentent les plus grandes divergences, cela tient à ce qu'on néglige de signaler dans les observations le résultat d'un examen complet de cette région.

Pour rectifier ce qu'il y a d'insuffisant dans ces statistiques, l'auteur a examiné attentivement 300 femmes, ayant accouché à terme, dont 150 primipares, 150 multipares. Il constate sur ce nombre 67 déchirures du périnée, soit 22,3 0/0. Ces cas de déchirure du périnée étaient ainsi divisés : 51 primipares, soit 34 0/0, 16 multipares, soit 10,6 0/0. Ces résultats concordent à peu près avec ceux de Liebmann et de Schröder.

L'auteur mentionne ensuite les chiffres indiquant l'étendue de ces déchirures.

A propos de l'étude de l'étiologie, il distingue les causes suivant qu'on a étudié les lésions chez les primipares ou chez les multipares.

Primipares.

1° *Age.* — Les déchirures sont d'autant plus fréquentes que les primipares sont plus âgées, ainsi que le démontre le tableau suivant :

Sur 56 femmes âgées de 15 à 20 ans, 17 fois déchirure du périnée = 30,40/0 ;
Sur 67 femmes âgées de 21 à 25 ans, 23 fois déchirure du périnée = 34 0/0 ;
Sur 21 femmes âgées de 26 à 30 ans, 8 fois déchirure du périnée = 38,1 0/0 ;
Sur 6 femmes âgées de plus de 30 ans, 3 fois déchirure du périnée = 50 0/0.

2° *Longueur du périnée.* — L'étendue antéro-postérieure du périnée est l'objet de mensurations un peu différentes suivant les accoucheurs. D'après les mensurations effectuées sur les 150 primipares, Fasbender

a constaté que le périnée mesurait en moyenne 3 centimètres, oscillant entre 1c,5 et 5. Si on calcule le nombre des déchirures relativement à l'étendue du périnée, on obtient ce résultat assez inattendu, que plus le périnée est étendu, moins les déchirures sont fréquentes. Ainsi :

Périnée de moins de 2 centimètres : sur 26 cas, 14 fois déchirure, 53,8 0/0;
Périnée de moins de 3 centimètres : sur 75 cas, 25 fois déchirure, 33,3 0/0;
Périnée de plus de 3 centimètres : sur 49 cas, 12 fois déchirure, 24,4 0/0.

L'auteur pense que cela tient à ce que dans le cas où le périnée est peu étendu, la tête ne se dirige pas suivant l'axe du détroit inférieur, et qu'elle se dégage trop vite. Lorsque le périnée est étendu, la tête ne peut se dégager que par tous les diamètres sous-occipitaux ; les mouvements qu'elle doit exécuter seront donc d'autant plus complets que le périnée sera plus étendu, et son dégagement s'accomplira lentement.

3° *Circonférence de la tête fœtale.* — On constate encore à ce sujet un fait imprévu. Si la tête a une circonférence supérieure à 34c,5 les déchirures sont moins fréquentes que lorsqu'elle est inférieure à cette dimension :

Au-dessous de 34c,5 : 30 fois déchirure sur 51 = 58,8 0/0
Au-dessus de 34c,5 : 21 — — 41,2 0/0

4° *Sexe de l'enfant.* — Les auteurs admettent généralement que les déchirures sont plus communes dans les naissances de garçons, ce que l'on explique par la dureté plus considérable de leur crâne. Winckel seul a donné une statistique opposée à ce fait. La statistique de Fasbender concorde avec celles de Hecker et de Liebmann ; elle confirme ce fait.

Marche des déchirures. — Sur les 51 malades atteintes de déchirures, observées à leur sortie, au 11e jour, 22 étaient guéries complètement, 14 incomplètement, 15 fois les bords de la déchirure n'étaient pas réunis.

Multipares.

1° *Age.* — La déchirure est d'autant plus rare que la multipare est plus âgée.

De 21 ans à 25 ans, 7 fois.
De 26 ans à 30 ans, 6 fois.
Au-dessus de 30 ans, 3 fois.

2° *Longueur du périnée.* — La déchirure est d'autant moins rare que le périnée est moins étendu.

Au-dessous de 2 centimètres, 10 fois.
Au-dessous de 3 centimètres, 4 fois.
Au-dessus de 3 centimètres, 2 fois.

3° *Circonférence de la tête de l'enfant.* — Même loi que pour les primipares.

Au-dessous de 34c,5, 10 fois.
Au-dessus de 34c,5, 6 fois.

Marche des déchirures. — Même marche que pour les primipares.

Protection du périnée.

Fasbender rapporte et critique les différents procédés qui ont été conseillés par Scanzoni, Schröder, Ch. Clay, Hohl, Hurt, Goodel, etc., et en propose un nouveau, qui lui a été utile. La femme est placée sur le côté, plutôt du côté gauche. Lorsque la tête est engagée, l'accoucheur se place en arrière de la parturiente. Il introduit la main droite entière aussi haut qu'il le peut dans le rectum de la parturiente, tandis que l'indicateur et le médius de la main gauche saisissent l'occiput. On saisit ainsi la tête de l'enfant que l'on dégage dans l'intervalle des douleurs.

II. — Liebmann a observé les ruptures du périnée qui se sont produites pendant deux ans à la Maternité de Pesth. Voici les résultats auxquels il est arrivé :

Au point de vue de leur fréquence, il les a constatées 170 fois sur 1,064 accouchements, c'est-à-dire dans une proportion de 15 0/0. Elles sont beaucoup plus communes chez les primipares (30 0/0) que chez les multipares (4, 2 0/0). Les déchirures de 1 à 2 centimètres sont de beaucoup celles que l'on remarque le plus souvent. Si on veut faire entrer dans cette statistique les simples déchirures de la fourchette, on arriverait à noter une fréquence beaucoup plus considérable; on les observe chez les primipares (74,3 0/0). L'auteur a observé trois fois des ruptures centrales du périnée, qui ont d'ailleurs très bien guéri.

Sans suivre l'auteur dans le détail des causes qu'il a constatées à propos de la production des déchirures du périnée, nous nous bornons à signaler ces faits qui ne sont pas admis complètement par tous les auteurs.

La déchirure est d'autant plus fréquente que la primipare est plus âgée. Les résultats statistiques sont les suivants :

AGE de L'ACCOUCHÉE.	NOMBRE des accouchées.	DÉCHIRURES du périnée.	DÉCHIRURES de la fourchette.	FOURCHETTES intactes.
Jusqu'à 20 ans.....	218	61 (27,9 0/0)	90	67
De 21 à 25 ans.....	205	59 (28,7 0/0)	99	47
De 26 à 30 ans.....	35	18 (51,4 0/0)	11	6
Au dessus de 30 ans..	13	7 (53,8 0/0)	5	1
	471	165	205	121

L'opinion admise par Hecker et Schultze, combattue par Winckel, que la déchirure du périnée n'est pas plus fréquente selon que l'étendue de la circonférence du crâne du fœtus est plus grande, qu'un crâne médiocrement développé compromet plus l'intégrité du périnée qu'un crâne plus volumineux, est bien exacte. Suivant les chiffres donnés par l'auteur, ce serait les crânes ayant de 33 à 34 centimètres de circonférence qui s'accompagneraient le plus souvent de déchirures périnéales. Il explique ce fait, par la sortie trop rapide de la tête; lorsque le crâne est plus volumineux, sa sortie s'effectue plus lentement, plus régulièrement, en préparant mieux le périnée à la distension.

Il admet avec tous les auteurs que les présentations vicieuses prédisposent souvent aux lésions périnéales, et qu'une déchirure commencée au moment du dégagement de la tête peut s'étendre lorsque les épaules sortent.

Enfin avec Hecker et contre Winckel, il pense qu'il faut accorder une influence aux naissances des garçons. Ainsi, dans les 170 cas qu'il a observés, il s'agissait 92 fois de garçons, 78 fois de filles. Il est probable que le crâne des garçons est plus dur que le crâne des filles.

A propos du traitement, Liebmann a étudié les différents procédés de préservation qui ont été conseillés : soutien du périnée, section du périnée, manœuvre de Ritgen; il termine par l'appréciation des tentatives de réunion des bords de la déchirure, dès qu'elle est produite.

La manœuvre de Ritgen, consiste à introduire la main dans le rectum, afin de diriger la tête dans son évolution. Cette opération bien antérieure à Ritgen a été discutée et rejetée en France dès le commencement du siècle. Elle aurait cependant une valeur et une efficacité réelles. Liebmann conseille vivement cette intervention, avec les différents accoucheurs allemands qui la recommandent.

A propos de la réunion des bords de la déchirure, il vante l'emploi des serres-fines, qu'on aurait une tendance à oublier en Allemagne. Voici la statistique qu'il publie à ce sujet :

	SUTURE DU PÉRINÉE.		SERRES-FINES.	
Déchirure complètement cicatrisée...	15 fois	(41,7 0/0)	34 fois	(50,7 0/0)
Déchirure partiellement cicatrisée...	16 fois	(44,5 0/0)	21 fois	(31,3 0/0)
Déchirure non cicatrisée.....	5 fois	(13,8 0/0)	12 fois	(17,9 0/0)
	36 fois.		67 fois.	

Mais la variété de la déchirure n'est pas indiquée et c'est l'une des conditions importantes à connaître pour apprécier la valeur de ces deux traitements. En se reportant à ses observations, l'auteur croit qu'il faut donner la préférence à la suture, lorsqu'il s'agit de déchirures étendues, pouvant porter sur la paroi vaginale; qu'il faut donner la préférence à l'emploi des serres-fines, lorsque la déchirure est peu étendue.

III. — Les déchirures du périnée n'exposent pas seulement les femmes au déplacement ultérieur de l'utérus, mais encore immédiatement à l'hémorrhagie, consécutivement à la résorption putride; ces complications et le but de conserver la forme de cette région sont les indications de la suture effectuée immédiatement. Elles existent aussi bien pour les déchirures du vagin, et cependant on n'en tente pas ordinairement la réunion. Dans le cas d'hémorrhagie, on recourt aux hémostatiques. Kaltenbach signale les complications qui sont la conséquence de ce traitement. Il mentionne de plus les accidents analogues à ceux que je viens d'énumérer à propos des déchirures profondes du col de l'utérus; il signale de plus l'ectropion des lèvres du col et ses rapports avec le carcinome utérin.

Il insiste aussi sur les complications dépendant directement du mode de traitement ordinairement employé. Il croit donc que l'on doit traiter les déchirures du col et du vagin, comme on traite les déchirures du périnée; il pense que le meilleur traitement à employer est la réunion des bords de la plaie. Il énumère les cas dans lesquels il a recouru à cette opération et les succès qu'il a obtenus. PORAK.

Étude sur la périnéoraphie pratiquée immédiatement après l'accouchement, par EUSTACHE (*Bull. gén. de Thérap., t. XCV*).

Voici les conclusions de ce mémoire, relatives au manuel opératoire : Pour la périnéoraphie immédiate, on aura recours à la suture entrecoupée du rectum et du vagin isolément, et à la suture enchevillée du périnée. Les sutures vaginales et rectales seront prolongées très bas, jusque sous la peau; la suture périnéale devra traverser, outre les lèvres de la déchirure du périnée, le prolongement inférieur de la cloison préalablement restaurée. T.

Ueber Complication der Schwangerschaft und Geburt mit Blasenscheidenfistel (De la complication de la grossesse et de l'accouchement par les fistules vésico-vaginales), par COHNSTEIN (*Berlin. klin. Wochens., n° 20, p. 288, 20 mai 1878*).

Il s'agit ici d'une question peu étudiée et sur laquelle on chercherait vainement des renseignements dans les traités classiques. Quand une grossesse ou un accouchement se trouvent compliqués d'une fistule vésico-vaginale, Cohnstein distingue deux cas, suivant que la fistule est guérie ou non.

On a accusé les fistules vésico-véginales d'entraîner la stérilité; mais, pour que cette opinion soit juste sans restriction, il faut une oblitération complète du museau de tanche ou du vagin. Dès qu'il subsiste la moindre ouverture, la conception peut avoir lieu; seulement, il arrive généralement que la grossesse est prématurément interrompue. Dans le fait de Deroubaix (*Traité des fistules*, 1870, p. 127), il y eut avortement et passage du fœtus dans la vessie; dans une observation rapportée par Winckel (*Berichte und Studien*, tome II, p. 129), l'avortement se produisit au 5e mois; enfin, chez la patiente de Lane (*Lancet*, 1864, p. 207), on ponctionna l'utérus, croyant à une rétention des menstrues, et l'on provoqua ainsi l'expulsion du fœtus avant le terme normal de la grossesse.

Il peut survenir encore d'autres lésions, lorsqu'on abandonne aux contractions utérines le soin d'agrandir l'orifice insuffisant ou que le débridement a été mal exécuté; dans cette dernière circonstance, Simon a noté la formation d'une fistule vésico-vagino-rectale.

La stérilité peut tenir aux traumatismes mêmes éprouvés par l'utérus, par ses annexes, et par le vagin durant un accouchement, ou aux affections puerpérales consécutives; elle peut tenir encore, à ce que les femmes renoncent volontairement aux rapports sexuels, dans la crainte qu'à la suite d'un nouvel accouchement, la fistule cicatrisée ne vienne à se rompre.

L'évolution d'une grossesse, compliquée d'une fistule béante, offre les plus grandes variétés ; tantôt en effet elle se termine par avortement ou par accouchement prématuré, tantôt elle s'accomplit jusqu'au terme normal. Des exemples de grossesse prématurément interrompue ont été cités par: Michaelis (*Das enges Becken*, obs. LXXIV), Jobert de Lamballe (*Traité des fistules*, Paris, 1852, p. 205), Schwartz (*Schuchardt's Zeitschr. f. prakt. Heilkunde*, 1867, p. 97), Winckel (*Pathologie und Therap. des Wochenbettes*, 3e édit., p. 86, *Handbuch der Frauenkrankh. von Billroth*, p. 153, et *Berichte und Studien*, t. II, p. 79), Spiegelberg (*Arch. für Gynäkol.*, X, p. 502) et Verneuil (*R. S. M.*, X, 554). Des faits, aussi nombreux, de grossesse parvenue à terme ont été publiés par: Berg (*Casper's Wochenschrift*, 1842, nos 14 et 15), Gross (*Wurtemb. Corres.-bl.*, 1858, 31); Joseph Schmitt (*Siebold's Journal*, VII, p. 340), Simon (*Mittheilungen aus d. chirurg. Klinik.*, Prag., 1868, p. 129), de la Garde (*Brit. med. Journal*, 1868, 25 janvier), Wachs (*Monatsschrift für Gebürtskunde*, XXX, p. 54), Winckel (*Handb. von Billroth*, p. 156), Spiegelberg et Hempel (*Archiv f. Gynäkol.*, X, p. 521).

En outre de la fistule existante, il n'est pas rare de constater d'autres lésions qui peuvent influer sur la marche du travail : ce sont des déchirures périnéales cicatrisées, des blessures du vagin, des rétrécissements pelviens. Il est remarquable pourtant que malgré tout cela, les enfants viennent au monde plus souvent vivants que dans les accouchements antérieurs qui ont déterminé la production de la fistule.

L'existence d'une fistule n'empêche même pas des accouchements répétés. Les accouchements ultérieurs ne donnent pas lieu à des fistules nouvelles ; habituellement même, ils n'agrandissent pas les dimensions de celle qui existe.

Cohnstein explique ainsi cette particularité : la vessie n'oppose plus par sa réplétion, un obstacle au travail ; il est en outre d'avis que la réplétion de la vessie durant l'accouchement est une cause de production des fistules.

Quant aux observations de Winckel père, où l'on voit des fistules se cicatriser spontanément par le fait d'accouchements ultérieurs, ce sont des exceptions ; il est plus ordinaire de voir l'incontinence d'urine cesser pendant les premiers jours de couches nouvelles et reparaître ensuite.

La complication d'une cicatrice de fistule, qu'il faut s'efforcer de conserver intacte, ne modifie pas généralement les indications obstétricales résultant d'un rétrécissement du bassin. Malheureusement la littérature médicale ne contient qu'un petit nombre d'exemples de cet ordre, soit qu'ils soient rares, soit, plus vraisemblablement, qu'on n'ait livré à la publicité que ceux qui se sont terminés favorablement. Cohnstein a pu en réunir 8 auxquels il en joint un 9e qui lui appartient.

1er *fait*. — Simon (*Ueber die Operation der Blasen-Scheidenfistel, Rostock* 1862, p. 5) : 3e accouchement, un an et demi après la cicatrisation de la fistule qui reste parfaite malgré l'emploi du forceps; enfant mort.

2e *fait*, du même auteur (dans le même ouvrage, p. 16). — La fermeture de la fistule est obtenue au deuxième accouchement ; l'accouchement suivant est terminé avec le forceps, l'enfant est mort et il se produit une nouvelle fistule.

3e *fait*, du même auteur (*Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik*, Prag. 1878, p. 129) :

Au premier accouchement, fistule occupant les culs-de-sac antérieur et gauche et la lèvre antérieure du col. Guérison parfaite. Au bout d'un an et demi, accouchement d'un enfant vivant, la cicatrice demeurant intacte.

4e *fait*, du même auteur (dans le même ouvrage, p. 136). — Fistule vésico-vaginale et urétro-vaginale.

Atrésie de l'urèthre. Guérison. Un an plus tard, accouchement d'un enfant vivant, sans lésion de la cicatrice.

5e *fait*. — Holst (*Beiträge zur Gynäk. und Geb.*, 2e fascicule, p. 132). Après opération de la fistule au second accouchement, nouvelle grossesse pour laquelle on pratique dans la 33e semaine l'accouchement artificiel qui est facilité par une présentation du siège et par la mort du fœtus. Endométrite. *Statu quo* de la fistule (Ce même fait est cité par Simon, *Mittheilungen*, p. 133 et 183).

6e *fait*, du même auteur dans le même ouvrage. — Bassin normal. Après guérison de la fistule, accouchement spontané d'un enfant vivant, sans que la fistule se rouvre.

7e *fait*. — Duclout (*Gaz. méd.* 1869, nos 4 et 5). Consécutivement à une opération de fistule, 2 accouchements ont lieu avec le forceps sans rupture de la cicatrice.

8e *fait*. — Spiegelberg-Hempel (*Archiv für Gynäkol.*, X, p. 503). A la suite d'un 7e accouchement, incontinence d'urine causée par une énorme fistule occupant le fond du vagin; réunion à peu près complète. Un 9e accouchement à la fin du 6e mois exige la version. Mort par péritonite traumatique.

9e *fait*. — Cohnstein. Femme de 27 ans. Fistule datant du premier accouchement qui exigea une laborieuse application de forceps, à l'âge de 22 ans. 5 semaines plus tard, oblitération transversale du vagin qui ne modifie nullement l'incontinence d'urine. Durant cette oblitération du vagin, c'est-à-dire durant 9 mois, suppression complète des menstrues. Simon (*Wiener mediz. Wochens.*, 1876, n° 27, p. 677, obs, n° 3) incise l'oblitération pour tenter la réunion de la fistule, laquelle constitue une fente transversale large de 1/4 de centimètre et longue de 2 centimètres, située au tiers supérieur de l'urèthre dans une dépression profonde des parois uréthrale et vésico-vaginale qui sont rétractées contre l'arcade pubienne avec laquelle elles ont contracté des adhérences résistantes. Les bords de la fistule sont très amincis, le vagin est rétréci annulairement par le tissu de cicatrice. Il y a coexistence d'une fistulette au voisinage de la lèvre antérieure.

La guérison de la fistule permet la réapparition régulière du flux menstruel. La brièveté de l'urèthre fut cause qu'on n'obtint une continence d'urine parfaite que pendant le décubitus; levée, la malade devait uriner toutes les demi-heures.

La deuxième grossesse fut interrompue par un avortement spontané qui fut suivi par des métrorrhagies qui persistèrent 4 mois. La grossesse actuelle, c'est-à-dire la 3e, a commencé vers la Pentecôte 1877 et est parvenue maintenant à son terme normal. Dans les derniers mois, l'incontinence d'urine est redevenue entière. Le bassin est modérément rétréci d'avant en arrière.

Au bout de 20 heures de douleurs très faibles, Cohnstein put pratiquer la version podalique et l'extraction manuelle ; l'enfant né en état d'asphyxie ne put être ranimé d'une façon définitive. — La cicatrice de la fistule n'a nullement souffert ; quand elle est au lit, la femme retient ses urines 5 ou 6 heures de suite. L'incontinence qui survient lorsque l'accouchée est levée n'a été modifiée ni en bien ni en mal par les dernières couches; un pessaire-entonnoir de Schatz améliore un peu l'état de choses.

L'orsqu'on lit attentivement l'histoire des femmes affectées de fistules

vésico-vaginales, on est frappé de voir que très souvent chez ces malades le début de la menstruation s'est fait tardivement. Cohnstein en donne la raison suivante.

La rachitisme retarde l'établissement des règles et d'autre part prédispose aux fistules, à cause des rétrécissements pelviens qu'il détermine.

Dans les accouchements compliqués de cicatrices fistuleuses, le pronostic en ce qui concerne l'enfant dépend des efforts plus ou moins laborieux auxquels l'utérus a été soumis dans les couches antérieures; s'il en est résulté une faiblesse extrême des douleurs, l'intervention obstétricale perd beaucoup de son efficacité. J. B.

Uterine hemorrhage during gestation (**Hémorrhagie utérine pendant la grossesse**), par **E. H. TRENHOLME** (*Trans. of the internal. congr. of Philad.*, *p.* 870, 1876).

L'auteur rapporte l'observation suivante comme exemple d'une variété d'hémorrhagie interne fort peu connue.

Il s'agit d'une femme âgée de 39 ans, pâle, anémique, mariée depuis 16 ans et mère de cinq enfants dont le plus jeune a 8 ans. Immédiatement après la naissance de cet enfant, son mari la quitta. Il revint en novembre 1874, demeura avec elle pendant 6 semaines, puis disparut de nouveau. La malade raconte qu'elle eut ses règles comme à l'ordinaire au mois de janvier 1875; mais que le sang était plus abondant; que depuis cette époque l'écoulement sanguin n'a pas cessé, qu'il est seulement moins abondant dans l'intervalle des époques. De plus, elle se plaint de douleurs vives dans le bas-ventre; ces douleurs ne ressemblent pas aux douleurs de l'accouchement. L'auteur soupçonna une affection maligne de l'utérus. Pour éclairer le diagnostic il dilata le col suffisamment pour permetre l'introduction de l'index dans la cavité utérine. Il put alors atteindre un corps globuleux situé au fond de cette cavité. Le col ayant été plus complètement dilaté, la main fut introduite dans l'utérus. Il constata alors que la cavité contenait un corps ressemblant à une grosse tumeur sessile, dont la base était dirigée à droite et occupait environ le quart de la face interne de la matrice. Ce corps était un fœtus enveloppé de ses membranes. La muqueuse du segment inférieur de l'utérus ne présentait pas de traces de caduque. Vu le volume du fœtus, l'utérus était démesurément développé. La trompe de Fallope du côté gauche était libre. Les membranes furent rompues et le fœtus extrait, ainsi que le placenta, celui-ci était très adhérent. La caduque pariétale fut laissée en place, à la suite de l'opération l'utérus revint bien sur lui-même et la malade guérit rapidement.

L'auteur passe ensuite rapidement en revue les modifications que subit la caduque pendant son développement normal. Dans certaines circonstances elle se développe outre mesure et ses plis peuvent pénétrer dans le canal cervical et jusque dans le vagin. Quelquefois elle se développe incomplètement et alors la soudure entre les caduques pariétale et réfléchie ne se fait pas. Cette dernière anomalie se rencontre chez les femmes anémiques et épuisées; chez celles qui ayant toutes les apparences extérieures d'une santé excellente, ont été fatiguées par des grossesses trop souvent répétées et trop rapprochées. La caduque réfléchie ne se développant pas comprime le fœtus, le repousse vers le placenta et entrave sa nutrition.

De ce qui précède l'auteur conclut :

1° Que la caduque peut se développer d'une manière anormale.

2° Que des hémorrhagies autres que celles qui sont produites par un placenta prævia ne peuvent se produire dans la cavité utérine que lorsqu'il existe une anomalie de développement de la caduque.

3° Que la menstruation peut avoir lieu sans provoquer d'avortement.

4° Que cette disposition des membranes du fœtus pourrait favoriser la superfœtation.

5° Que le traitement dans ces cas de grossesse consiste à extraire le produit de la conception toutes les fois qu'il est le point de départ de troubles locaux et généraux graves, accompagnés ou non de métrorrhagie. J.-B. H.

The Pulse-Rate considered in Relation to Post-partum Hoemorrhage (De la fréquence du pouls dans les hémorrhagies consécutives au travail), par T. ASHBURTON THOMPSON (*The Obst. Journ.*, *n°* 60, *p.* 785).

L'auteur s'élève contre la doctrine qui veut qu'un pouls qui bat plus de 100 fois à la minute après le travail indique l'inertie utérine. Un tableau de neuf observations, inséré dans le travail, montre qu'un pouls fréquent et petit dans cette circonstance, est en rapport avec l'état général de la femme et secondairement seulement avec l'état de la matrice. Si la parturiente n'a pas éprouvé un ébranlement nerveux spécial (shock), l'hémorrhagie peut être violente et le pouls reste à 60 ou 70, comme le démontrent quelques-unes de ces observations. C. Z.

The use of Ipecacuanha in labor (De l'emploi de l'ipécacuanha dans le travail), par CARRIGER (*New York med. Journ.*, *novembre* 1878).

L'auteur a été amené à employer l'ipécacuanha dans les accouchements en se fondant sur l'efficacité de ce médicament contre les hémorrhagies utérines. D'après lui l'ipéca est un ocytocique puissant qui stimule l'utérus et facilite en même temps la dilatation d'un col rigide. Il change les douleurs pénibles, mais inutiles, en douleurs expultrices plus supportables.

Il rapporte plusieurs cas où, le col étant, au bout de plusieurs heures de travail, rigide et fermé, l'administration de 2 à 4 grains (10 à 20 centigrammes) de poudre d'ipécacuanha, amena la terminaison de l'accouchement en une heure. Cette poudre semble régulariser les contractions utérines, et tout en diminuant les douleurs, augmenter la force expultrice de la matrice. H. L.

Schaedelfractur bei normalem Becken durch Darreichung von Secale cornutum (Fracture du crâne fœtal par administration du seigle ergoté à une femme ayant le bassin normal), par VEIT. Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, 23 avril 1878 (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 31, *p.* 468, 5 *août* 1878).

Primipare au terme de sa grossesse; premières douleurs le 15 mars; comme elles ont un caractère spasmodique, administration de poudre de

Dower. Puis le 16 et le 17, administration de seigle ergoté. Veit, appelé auprès de cette femme, le 17 au soir, la trouva dans l'état suivant :

Agitation; pouls accéléré; utérus tout à fait contracté. Orifice externe effacé, bassin normal. Pas de bruits cardiaques fœtaux. Par le toucher, il semble qu'on ait appliqué sur la tête un céphalotribe, et cependant aucun instrument n'a été employé.

L'accouchement est très facile. L'enfant, du poids de 3,240 grammes, présentait au niveau du thorax un sillon de constriction, rouge vif, causé par l'orifice interne du col.

A droite, le péricrâne est décollé, les sutures sont disjointes et le pariétal correspondant offre deux fissures.

A gauche, les os et les sutures sont intacts, sauf au voisinage de la petite fontanelle.

L'écaille occipitale est séparée de ses attaches.

Après l'accouchement, contraction de l'utérus très défectueuse, hémorrhagie, délivrance artificielle.

Couches bonnes. J. B.

A case of tubal Pregnancy terminating by expulsion of the fœtus through the natural passages. Recovery (Un cas de grossesse tubaire terminée par la sortie du fœtus (mesurant 3 pouces de la tête au siège) à travers les voies naturelles; guérison), par Cornelius WILLIAMS (*New York med. Journ.*, *déc.* 1878).

Madame X..., âgée de 29 ans, avait eu un enfant 7 ans avant, quand en juin 1878 elle commença à éprouver les symptômes de la grossesse, nausées, gonflement des seins, etc. Elle eut pendant l'été quelques pertes dont l'une assez abondante vers le 15 août. Un mois après nouvelles pertes durant 3 jours, et douleurs très vives au bas-ventre du côté gauche. — Le toucher vaginal montra que le col était dur, long, poussé en arrière, que le corps était un peu fléchi en avant, et accolé au pelvis du côté droit, d'ailleurs mobile. Du côté du pelvis gauche existait une tumeur élastique fusiforme, qui semblait longue de 5 pouces. A travers les parois abdominales lâches et peu épaissies on pouvait la palper aisément. L'utérus et la tumeur se déplacent ensemble. Le bord supérieur de la tumeur semblait aboutir au fond de l'utérus. La tumeur était légèrement fluctuante, mais on ne put sentir de ballottement. L'utérus fut cathétérisé, une sonde y pénétrait sur une longueur de 3 pouces. Enfin le 5e jour, les douleurs de plus en plus vives devinrent plus régulières, partant toujours du côté gauche pour s'étendre à droite, sans que l'on pût sentir à aucun moment se contracter la tumeur extra-utérine. Un gros caillot puis le fœtus sortirent par le vagin; le fœtus mesurait 3 pouces de la tête aux fesses; au bout d'une demi-heure on fit la délivrance du placenta qui était resté dans l'utérus, relié au fœtus par un cordon long de 10 pouces, il mesurait 2 pouces 1/2 de diamètre. La tumeur du pelvis gauche avait complètement disparu. Les suites de cette fausse couche ne présentèrent rien de particulier. L'utérus reprit sa place et son volume habituels. H. L.

A case of labour, complicated with occluded double vagina; face presentation; craniotomy (Grossesse et accouchement; vagin double et très étroit; présentation de la face, crâniotomie), par J. A. RIGBY (*The Lancet*, *vol. II*, *p.* 692, 1878).

Au mois d'avril 1877 se mariait mademoiselle W..., âgée de 37 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, on avait noté seulement que chaque époque

menstruelle était précédée et accompagnée de douleurs assez fortes. Au mois de septembre elle sentit pour la première fois les mouvements de l'enfant. Un mois plus tard elle consultait pour des difficultés de la miction. Lorsqu'on voulut l'examiner on éprouva tout d'abord une grande difficulté à rencontrer un orifice vaginal; lorsqu'enfin on l'eut trouvé on ne put y introduire le doigt qu'à grande peine et au prix de douleurs, accompagnées d'écoulement sanguin abondant. La vulve est d'ailleurs bien constituée. Quant à la grossesse, elle est évidente et indiscutable.

A l'époque normale commencèrent les douleurs de l'enfantement. Elles furent régulières, et s'accompagnèrent d'une très légère dilatation du conduit vaginal; le doigt put donc être introduit, mais il s'arrêta dans une sorte de cul-de-sac ne présentant aucune trace de col utérin. A tout hasard on résolut de pratiquer la dilatation vaginale avec le dilatateur à eau de Barnes. Les résultats furent rapides et complets; en moins de deux heures, sans aucun accident, le calibre du vagin était amené aux proportions normales. On put reconnaître alors que le vagin était séparé, dans sa moitié supérieure en deux parties : l'une antérieure embrassant le col de l'utérus, l'autre postérieure, la seule que le doigt avait explorée, terminée en cul-de-sac. — La dilatation du vagin aurait, selon toute probabilité, permis à l'accouchement de se terminer normalement, mais une présentation de la face, dont on ne put triompher avec le forceps, nécessita la crâniotomie.

L'auteur insiste avec raison sur la portée légale de cette observation : Il n'y avait jamais eu introduction du membre viril; les spermatozoïdes avaient donc dû cheminer depuis la vulve jusqu'à l'utérus. V. CAMPENON.

Bei verschleppter Querlage Wendung oder Embryotomie ? (L'embryotomie est préférable à la version dans les positions transversales où la rectification de la position du fœtus se heurte à trop de difficultés), par P. MÜLLER de Berne (*Corresp.-Blatt für schweizer Aerzte*, 1878, *n°* 3, *p.* 67, 1er *février*).

Voici les conclusions de ce travail :

1° Lorsque les eaux sont écoulées, on peut laisser aux contractions utérines le soin d'expulser le fœtus en position transversale, si la grossesse n'a pas encore atteint le huitième mois. La petitesse du fœtus facilite à tel point l'accouchement spontané que la version ne paraît pas nécessaire.

2° A une époque plus tardive, on ne doit espérer une expulsion du fœtus en position transversale, qu'autant que la portion fœtale qui se présente offre les signes d'une macération avancée.

3° Dans tous les autres cas, la version se trouve indiquée aussi longtemps que les douleurs n'ont pas pris un caractère anormal.

4° Il faut renoncer à la version comme trop dangereuse et pratiquer l'embryotomie, sans attendre des médicaments la cessation des contractions tétaniques de l'utérus, toutes les fois que la portion fœtale qui se présente, refoulée en bas, remplit complètement le détroit supérieur et que l'utérus reste en état permanent de contracture, lors même qu'il n'existerait encore aucun symptôme alarmant, telles que sensibilité utérine, fièvre, etc. J. B.

Puerperal convulsions, par W. BERRY (*The Obstetrical Journ.*, *n*° 61, *p.* 1).

Voici les moyens thérapeutiques conseillés par l'auteur. Dans la première période (pendant la grossesse), les purgatifs, les saignées, le chloroforme et le chloral. Dans la seconde (durant le travail), l'accouchement forcé et le chloroforme. Dans la troisième (après l'accouchement), le chloral et le bromure de potassium. C. Z.

DERMATOLOGIE.

Lectures on dermatology delivered in the royal college of surgeons of England, in 1876, 1877, 1878 (Leçons de dermatologie faites au collège royal des chirurgiens d'Angleterre), par ERASMUS WILSON, en 1876, 1877, 1878 (*Londres*).

Ce volume est la reproduction des derniers cours professés par E. Wilson. Il est consacré à l'étude des chromopathies, et des maladies affectant l'épiderme, les ongles, le système pileux et les glandes de la peau.

Chromopathies.—Le chapitre qui leur est consacré, bien que trop court et un peu confus, contient quelques faits curieux et des remarques intéressantes, nous citerons la suivante :

La coloration de la peau dans les affections pigmentaires emprunte une partie de son intensité à la transparence du derme pour le sang qui le parcourt. Il en résulte que par l'effet d'une pression assez forte pour déterminer l'état exsangue de la peau, une pigmentation foncée peut paraître momentanément beaucoup plus claire. Le Dr Frédérick Churchill a remarqué qu'en pulvérisant de l'éther sur une plaque de chloasma ou de peau bronzée par la maladie d'Addison, cette partie devient pâle comme si elle perdait son pigment. Ayant, dans une expérience, dévitalisé (*sic*) la peau, il vit le pigment cesser de se former et la peau rester pâle d'une façon permanente.

A titre de fait curieux et inédit nous relevons celui-ci : chez une fille de dix-huit ans, peu de temps après qu'elle fut enceinte les aréoles commencèrent à prendre une teinte foncée. Au moment de la parturition la peau de sa poitrine était aussi noire que celle d'un nègre. La coloration s'étendait sur toute la surface antérieure du tronc depuis les clavicules jusqu'au milieu des cuisses. Elle débordait un peu latéralement sur les flancs ; mais n'existait pas en arrière. Un an après l'accouchement, cette fille *assura* au médecin qui eut occasion de la revoir, que la pigmentation anormale avait entièrement disparu.

Parmi les conclusions étiologiques de l'auteur les suivantes nous ont semblé dignes d'intérêt :

1° Le défaut de pigment implique une débilité de la peau ; quelquefois, l'atrophie du corps muqueux et sa désorganisation.

2° L'excès de la pigmentation peut être causé par :

a) La congestion mécanique ou passive des capillaires cutanés ;

b) Une stimulation excessive par des agents chimiques ou l'inflammation ;

c) La nutrition insuffisante ou troublée de la peau ;

d) Le trouble ou l'épuisement de l'innervation.

Comme traitement des taches pigmentaires, il préfère à tout autre moyen l'emploi d'une solution de sublimé dans une émulsion d'amandes amères (2 à 5 grains par once de liquide). D'autres fois, il y joint le chlorhydrate d'ammoniaque (sublim. 2 grains, chlor. d'amm. 30 grains pour 1 once d'émulsion).

Contre l'achromie, il conseille des badigeonnages fréquents avec la teinture acétique de cantharides de manière à obtenir et entretenir une légère rougeur de la peau.

Il indique d'après Russell Reynolds la possibilité de faire disparaître certaines taches pigmentaires (grossesse, migraine), en quelques minutes par l'usage du courant galvanique.

Maladies de l'épiderme. — Sous cette dénomination assez mal choisie, l'auteur décrit les affections parasitaires de la peau. Cette erreur de classification l'oblige à des répétitions inutiles ; et la description de ces maladies se trouve reproduite presque textuellement dans le chapitre consacré aux affections des glandes de la peau. Ce n'est là, du reste, que le moindre défaut de cette partie de l'ouvrage. Sans contester d'ailleurs la parfaite *exactitude des descriptions classiques*, E. Wilson prétend que ces maladies n'ont de parasitaire que l'apparence. Il ne s'agit pour lui ni de parasitisme réel, ni de champignon développé sur la peau, mais d'un fantôme de champignon, de ce qu'il appelle une dégénérescence fungiforme de l'épithélium (*phytiforma appearence, fongus-like degeneration*), modification dont il a pu, dit-il, suivre toutes les phases depuis le nucléole épithélial jusqu'aux sporules et au mycelium ! Cette manière de voir le conduit à admettre que les teignes ne sont pas aussi contagieuses qu'on le suppose généralement, qu'elles sont endémiques et épidémiques, et que lorsqu'elles se transmettent d'une personne à une autre, l'agent intermédiaire est une *exhalation* morbide émanée du premier malade.

Aussi, sous le rapport thérapeutique, vante-t-il par-dessus tout l'alimentation, les toniques externes et internes ; car pour lui le mal consiste essentiellement en un défaut de la nutrition.

A part cette singulière doctrine, la description des teignes est claire et précise. A propos de la trichophytie nous y relevons un fait intéressant : Un garçon boucher atteint d'herpès circiné du dos de la main, attribuait son mal au maniement de peaux de veaux et de moutons atteints de gale (mange). Ce fait est confirmatif des observations faites en France, par M. Letenneur (de Nantes).

D'après E. Wilson, l'eczéma marginé (Hebra) et l'éruption connue sous le nom de *Indian or Burmese ringworm* sont une seule et même maladie. — A propos du traitement il insiste sur la ténacité de cet eczéma

marginé, et déclare que la poudre de Goa ne mérite pas sa réputation.

Maladies des ongles. — Le chapitre consacré aux affections des ongles, et aux productions cornées en général renferme une observation fort intéressante de kératosis ou carapace cornée du gland.

Maladies des cheveux. — Elles sont subdivisées en quatre groupes distincts, suivant que l'altération morbide porte sur la *quantité*, la *couleur*, la *direction* ou la *structure* du cheveu. — Dans des considérations générales, qui précèdent l'étude pathologique, l'auteur estime le nombre moyen des cheveux d'un adulte à 120,000 en évaluant à la moitié environ du nombre total, ceux des follicules qui donnent naissance à deux cheveux. Il cite le fait d'une femme de 26 ans observée par lui dont la chevelure mesurait 6 pieds et 3 pouces 1/2 de longueur. Il rappelle à propos d'une erreur d'anthropologie que chez les Boschimanes, le cuir chevelu est subdivisé en une multitude de départements ou territoires irréguliers séparés par des raies en apparence naturelles. Dans cette disposition, qu'ils attribuaient à un mode particulier d'implantation des follicules pileux, certains naturalistes ont voulu voir un caractère différentiel entre ces peuplades, et les autres races humaines. L'examen anatomique a montré que la disposition des follicules n'a rien de spécial et qu'il s'agit là d'une déviation artificielle des cheveux produite par l'habitude de les enrouler par touffes en spirale autour de certaines tiges végétales.

Notons aussi l'explication donnée par l'auteur des follicules à cheveux multiples (*Polytrichous follicles*). On peut voir dit-il, des follicules monstrueux desquels émergent dix et même douze cheveux. Sans nier que ceux-ci ne puissent résulter de la réduction à un seul orifice de plusieurs follicules originairement indépendants, il croit qu'il s'agit dans ces cas extrêmes, non d'une erreur de développement, mais d'une prolifération inflammatoire suivie de la segmentation d'une papille pileuse, primitivement simple. Ce sont les poils développés, sur chacun de ces bourgeons secondaires qui sortent en un seul faisceau par l'orifice unique du follicule.

1° *Quantité.* — Elle pèche par excès ou par défaut. Le chapitre consacré à l'aberration par excès ou hypertrichosis renferme nombre de faits curieux relatifs à des sujets des deux sexes atteints d'anomalies du système pileux (femmes à barbe, femmes et hommes-chiens). Dans plusieurs de ces observations on trouve la coïncidence remarquable d'anomalies dentaires par excès ou par défaut. A propos de l'étiologie, l'auteur déclare mal fondée la croyance populaire qui considère comme un signe de force le développement exagéré du système pileux. En dehors des cas de pilosité congénitale, il insiste beaucoup sur les rapports de la fonction ovarienne avec la pilosité acquise. « Il ne peut y avoir, dit-il, aucun doute que le développement de la barbe sur la figure des femmes qui n'ont jamais eu ou ont cessé d'avoir des enfants peut dans beaucoup de cas être considéré, même à un âge antérieur à celui où la fonction cataméniale se supprime, comme une fonction dérivatrice due à un état morbide des ovaires. Il y a aussi quelque raison de penser que souvent l'aménorrhée simple ou l'irritation utérine peuvent amener le même résultat. » Il appuie ces conclusions sur son expérience personnelle et

sur l'autorité d'Hippocrate (sixième livre des épidémies). Il dit avoir vu plusieurs fois le même fait se produire à l'occasion d'une grossesse. Il signale enfin à propos de la pilosité partielle d'un membre l'influence de la congestion veineuse chronique, quelle que soit sa source.

Comme traitement il préfère le rasoir aux poudres épilatoires et pour opérer les *nævi pilosi* l'emploi d'une solution saturée de potasse caustique à celui du bistouri.

La majeure partie du chapitre calvitie est consacrée à l'étude de la pelade désignée sous le nom d'*alopecia areata*. L'auteur en fait une trophonévrose. Il rapporte quelques observations intéressantes destinées à montrer l'influence de l'hérédité, de la grossesse, et des troubles nerveux sur sa production. Comme traitement il recommande l'excitation mécanique du cuir chevelu par l'usage fréquent de la brosse, sans se préoccuper des cheveux que celle-ci entraîne; et l'excitation chimique par les stimulants, l'ammoniaque en particulier, qu'il préfère à l'acide acétique, aux préparations cantharidiennes et surtout à l'huile de croton, dont l'action trop irritante a failli être pour lui la cause d'une poursuite judiciaire.

Modification de couleur. — 1° *Canitie.* Rien à noter, sinon l'explication des faits singuliers de chevelure blanchie dans l'espace de quelques heures. Généralisant une observation faite par Landois de Greifswald sur un malade atteint de *delirium tremens* (*Arch. de Virchow*, 1866), l'auteur attribue la canitie soudaine à une aberration nutritive, caractérisée par une infiltration de bulles gazeuses entre les éléments normaux des cheveux.

2° *Trichodyscroia.* Sous ce nom, E. Wilson rapporte quelques exemples de l'état désigné par Gubler (art. Migraine, *Dict. encyclop.*) sous le nom de cheveux zonés. Les zones blanches sont dues à la dissémination de bulles gazeuses entre les fibres du cheveu.

Modification dans la direction ou Trichiasis. — Trois variétés sont décrites : 1° *T. Folliculorum* (affection voisine de l'ichthyose et du lichen pilaris); 2° *T. ciliorum;* 3° *T. coacta* (plique polonaise).

Modifications de structure. — L'auteur en distingue cinq espèces :

1° *Sclerothrix* ou *rigidité des poils.*

2° *Clastothrix* ou *fragilité des poils.* Dans cette affection, la couche superficielle du poil est rompue et renflée circulairement de distance en distance. Les différents segments qui le constituent, maintenus par la continuité non interrompue des fibres centrales, semblent articulés bout à bout (*Trichorexis nodosa*, Hebra).

3° *Trichosyphilis.* Cette affection est caractérisée par l'apparence moniliforme ou variqueuse que prennent quelquefois les cheveux dans la syphilis secondaire.

4° *Atmothrix.* C'est l'altération qui produit les canities soudaines (*Voir* plus haut).

5° *Lepothrix* ou *cheveux frangés, barbelés.* Cet état est produit par le décollement partiel des fibres superficielles du cheveu, du côté de la racine, et se rencontre surtout dans les points où la peau est à la fois chaude et humide, exemple : l'aisselle.

Maladies des glandes de la peau :

A) *Glandes sébacées.* 1° *Erreurs de développement.* — Sous ce titre sont étudiées l'acné miliaire et une affection singulière de la peau dont

l'auteur rapporte deux exemples. Il s'agit de petits kystes séreux intradermiques du volume d'un pois cassé. Dans un cas ils étaient disséminés sur la poitrine ; dans l'autre groupés à la hanche sur une surface grande comme la paume de la main. La transparence limitée à deux ou trois kystes chez le premier malade, était évidente sur presque tous chez le second.

2° *Erreurs de fonctions.* Elles comprennent les comédons, les kystes sébacés et les cornes folliculaires. (Produits formés d'épithélium et de matière grasse desséchés, saillant par l'orifice folliculaire.)

3° *Inflammations :*

a) *Folliculitis rubra.* C'est une affection voisine de l'ichthyose et qui se rencontre surtout chez les enfants et les jeunes filles. Elle se reconnaît à la présence d'une rougeur diffuse de la partie inférieure du front, des sourcils, des joues, et souvent aussi de la face postérieure des bras. Sur ce fond coloré se détachent de petites saillies papuleuses plus rouges étroitement serrées les unes contre les autres et ressemblant à des follicules oblitérés. Les poils qui en émergent sont en grande partie tombés. La dénudation débute par la moitié externe de l'arcade sourcilière; elle peut avec le temps s'étendre à tout le sourcil. Traitement : toniques et stimulants légers tels que liniments mercuriels et goudron.

b) *Acné.* Rien à relever sinon la prédilection thérapeutique de l'auteur pour l'onguent de sous-chlorure de soufre qui est pour lui « le parangon des remèdes.»

c) *Gutta rosea.* Sa cause essentielle est un trouble fonctionnel des voies digestives.

d) *Mentagre.* Rien à relever.

e) *Folliculite pustuleuse du cuir chevelu* (Kérion).

C'est l'inflammation des follicules d'une portion limitée du cuir chevelu. Cette maladie se rencontre chez les enfants. Le premier symptôme est une tuméfaction rapide dans l'étendue d'un pouce environ. A ce niveau les cheveux d'abord englués par une sécrétion séro-purulente se déracinent, tombent, et le mal se présente alors avec son apparence caractéristique : sous la forme d'une saillie hémisphérique, lisse et brillante, rouge, irritée, dépourvue de cheveux, perforée sur toute sa surface par les bouches béantes et les bords tuméfiés des follicules pileux qui versent en abondance un liquide purulent. Le doigt appliqué sur cette surface éprouve une résistance mollasse, œdémateuse, due à une infiltration profonde. Cette maladie guérit facilement sous l'influence de lavages et de lotions astringentes au sous-acétate de plomb. Dans nombre de cas, elle a pour conséquence une calvitie partielle permanente.

4° *Troubles de nutrition.* Ils comprennent la stéatorrhée simple ou colorée et le *molluscum adenosum* (acné varioliforme). Sous le nom de *Steatorrhea flavescens* l'auteur décrit un état du cuir chevelu assez commun, dit-il, chez le vieillard et dont les traits caractéristiques sont les suivants : Les cheveux sont d'un jaune doré, brillants. Leur coloration tient à ce qu'ils sont imprégnés d'une exsudation jaune gommeuse qui colle au doigt et s'accumule sur la tête en quantité telle qu'elle teint non seulement les cheveux, mais aussi les bonnets de nuit. Cette sécrétion est surtout abondante à la région occipitale ; son odeur est désagréable ; elle cède peu à l'eau et au savon.

Dans l'étude de l'acné varioliforme, outre l'influence du tempérament scrofuleux comme élément étiologique, l'auteur incrimine l'habitude des bains turcs et l'usage à l'intérieur de l'iodure et du bromure de potassium.

B) *Glandes sudoripares.*—L'histoire de leurs maladies est extrêmement courte. Elle contient quelques développements relatifs à la maladie qui sous les noms de dysydrose et de cheiro-pompholyx a été tout récemment, de la part des dermatologistes anglo-américains, l'objet de vives discussions. H. DANLOS.

Ueber den Einfluss der Nerven auf die Erzeugung und Entwicklung der Hautkrankheiten (De l'influence des nerfs sur la production et l'évolution des maladies cutanées), par G. LEWIN (*Deutsch. Zeitschr. f. prakt. Med.*, n° 4, 1877).

Les nerfs de la peau tiennent sous leur dépendance la sensibilité et la nutrition ; ils sont vaso-moteurs et président aux sécrétions. A ces différentes fonctions doivent correspondre des fibres spéciales. Pourquoi ces fibres ne pourraient-elles pas être altérées isolément ou du moins présenter une pertubation fonctionnelle ? Un nerf cutané pourrait alors présider à telle ou telle affection selon que telle ou telle catégorie de fibres se trouve altérée, ne fonctionne plus ou fonctionne mal. Et cette idée de l'auteur est tout entière dans la classification qu'il propose : 1° La maladie résulte d'une action quelconque, irritative ou autre, sur les fibres sensitives, comme par exemple dans le prurit. 2° Sur les fibres sécrétoires (glandes sudoripares ou sébacées). 3° Elle résulte d'une action sur les fibres vaso-motrices : tels l'érythème, l'eczéma, l'urticaire. La vaso-dilatation est évidente dans l'érythème. 4° L'influence morbide a touché les fibres trophiques *a*) des couches superficielles de la peau (pytiriasis), *b*) du corps papillaire (papillome, condylome), *c*) du tissu sous-cutané (éléphantiasis des Arabes), *d*) le tissu adipeux (lipome), *e*) des productions cornées, *f*) du pigment. Cette conception basée sur des données encore incertaines représente, on le voit, une première tentative de classification physiologique. ASSAKY.

Sur le développement des éruptions cutanées chez les névropathes, par CHEVALIER (*Thèse de Paris*, n° 261, 1878).

L'auteur rapporte une observation recueillie sur un alcoolique, atteint de sclérose en plaques disséminées.

Le malade accusait une faiblesse des membres inférieurs exagérée du côté droit; le tremblement du bras et de la jambe était aussi plus marqué de ce côté que du côté gauche.

Pendant son séjour à l'hôpital, le malade fut pris d'une variole, dont les pustules très confluentes à droite étaient disséminées à gauche; de plus, du côté droit, la variole devint hémorrhagique et les pustules laissèrent suinter un liquide noirâtre.

L'auteur rattache cette éruption asymétrique, presque entièrement limitée au côté malade, à ces cas d'éruptions fréquentes à la suite de

lésions du système nerveux, nerfs sensitifs ou moelle. Il rapporte aussi un cas d'hématidrose unilatérale observée par Magnus Huss, de Stockholm.

H. L.

Étude sur une variété d'érythème rencontrée dans le cours de la fièvre typhoïde, par RAYMOND et NÉLATON (*Progrès médical*, n° 19, 1878).

Dans le 1er cas il s'agit d'un garçon de 19 ans qui entre à l'hôpital après 4 jours de diarrhée, et avec les signes d'une fièvre typhoïde; on trouve sur son corps une éruption polymorphe, disposée sous forme de papules érythémateuses d'un rouge framboisé, disséminées sur les membres et la paroi abdominale, revêtant la forme de plaques érysipélateuses, sur le dos, les fesses, au niveau des omoplates, sur tous les points en un mot qui supportent une pression, tandis que sur les joues ce sont des élevures de coloration jaune cuivré. Au premier abord on crut à une éruption copahique, puis à défaut de celle-ci à un urticaire. Cependant des symptômes ataxiques se manifestant peu à peu on affirma l'existence d'une fièvre typhoïde; au bout de 4 à 5 jours, l'éruption pâlit et prend une teinte cuivrée et 9 jours après l'apparition de l'éruption elle a disparu, et est suivie d'une desquamation furfuracée sur le corps, par grandes plaques aux pieds et aux mains.

Dans le 2e cas, le malade étant au 15e jour d'une fièvre typhoïde de médiocre intensité, avait présenté une éruption de taches rosées lenticulaires, quand le 17 août la température s'éleva en même temps que se présentait une éruption irrégulière sur les bras, le cou et la poitrine. Elle était constituée par une série de taches et de papules, disparaissant à la pression du doigt. Le 18 l'éruption était généralisée. Sur les membres les papules arrondies, rouge vif, étaient miliaires, lenticulaires, ou de la dimension d'une pièce de 20 sous; au visage les papules petites, confluentes, forment des plaques. Sur la poitrine on ne voit qu'une large plaque rouge formée d'une infinité de papules confluentes, au dos et aux fesses la rougeur est uniforme et d'aspect érysipélateux.

Dès le 2e jour l'éruption devient violette puis pâlit et se cuivre. Au 7e jour de l'éruption la desquamation commença, furfuracée sur le tronc, par larges plaques aux extrémités : le début de cette desquamation s'accompagne d'une recrudescence de fièvre, avec délire, météorisme, incontinence d'urine et de fèces. A aucun moment on ne trouva d'albuminurie, ni de rougeur dans le pharynx, pouvant faire penser à une scarlatine. La desquamation dura plus de 3 semaines.

Le 3e malade était arrivé au 15e jour d'une fièvre typhoïde intense quand on constata sur les avant-bras, les cuisses, les lèvres et le front l'existence d'une éruption de papules disséminées lenticulaires, d'un rouge framboisé avec point noir au centre; l'éruption ne dura que 2 jours et fut suivie d'une légère desquamation furfuracée. Chez ce malade on avait trouvé de l'albumine dans les urines, en assez grande quantité. H. L.

Ueber ein papulo-pustulöses Exanthema in einem Falle von Diphtheritis septica (Sur un exanthème papulo-pustuleux dans un cas de diphthérie septique), par P. UNNA (*Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis*, p. 193, 1878).

Durée de la maladie, cinq jours, dont deux seulement passés à l'hôpital. — Les deux premiers, frisson, douleurs cervicales, écoulement par le nez et les yeux, faiblesse considérable. Le troisième, apparition de l'éruption. A l'hôpital, collapsus très marqué, pouls fréquent, tempé-

rature 40°; écoulement séro-purulent des yeux et de la pituitaire qui fit songer à la morve (le malade était gardien chez un marchand de bestiaux). Lèvres sèches, fuligineuses, pharynx et palais gonflés, tapissés çà et là de plaques blanchâtres. Mort le surlendemain de l'admission. L'éruption, de nature papulo-pustuleuse, occupait la face dorsale des mains et des avant-bras, et dans ces points les efflorescences boutonneuses étaient très abondantes. Quelques papules et pustules, à base enflammée, étaient en outre disséminées sur le tronc, les bras, la paume des mains. Une pustule de l'épaule gauche était ombiliquée, identique avec une pustule de variole.

L'autopsie montra qu'il existait une exsudation diphthéritique sur le pharynx, l'isthme du gosier et dans l'intérieur des voies aériennes.

Des morceaux de peau pris sur la face dorsale et la paume des mains, sur un avant-bras et sur l'épaule gauche furent durcis dans l'alcool absolu, soumis à une série ininterrompue de coupes, selon le précepte de Weigert, et celles-ci colorées successivement par l'hématoxyline et l'éosine.

L'examen microscopique fit reconnaître trois degrés dans le développement des éléments éruptifs. Les deux premiers répondent à l'état papuleux, le dernier à la pustule; ils se caractérisent ainsi :

1er *degré*. — Hypertrophie circonscrite de l'épiderme et du corps papillaire correspondant.

2e *degré*. — Tuméfaction des cellules dentelées; formation de territoires cellulaires dont les éléments ressemblent aux cellules gonflées de la couche cornée basilaire. Contrairement à ce que l'on voit dans le stade précédent, les coupes ont moins d'affinité pour l'hématoxyline dont les granulations et les noyaux cellulaires absorbent mal la matière colorante que pour l'éosine dont la couleur se fixe avec intensité sur le protoplasma.

3e *degré*. — L'état de pustule se constitue par la formation de cavités dans les territoires cellulaires de nouvelle formation. Les cavités résultent de la dégénérescence fibrinoïde des cellules. H. DANLOS.

Des modifications subies par la sécrétion de la sueur dans les maladies de la peau, par P. AUBERT (*Annales de dermatologie*, 1877-1878, *t. IX, p.* 359).

Pour étudier les variations que subit la sécrétion sudorale dans les maladies de la peau, l'auteur s'est servi de la méthode ingénieuse des empreintes cutanées. Lorsque l'on maintient étroitement appliquée sur la peau, pendant quelques instants, une feuille de papier, celle-ci se recouvre dans les points correspondant aux orifices glandulaires, de gouttelettes microscopiques de sueur dont le nombre et les dimensions sont en raison directe de l'activité des glandes sudoripares, dans la région examinée, pendant la durée de l'observation. Ces gouttelettes sont invisibles, mais à l'aide de réactifs on peut les faire apparaître. L'iode, le protonitrate de mercure, et le nitrate d'argent peuvent être utilisés dans ce but. C'est à ce dernier agent que l'auteur donne la préférence. Le papier séparé de la peau depuis quelques instants est rapidement badigeonné avec une so-

lution de nitrate argentique à 1/2 0/0 *tout au plus*. Au niveau des gouttelettes sudorales, l'argent se trouve fixé à l'état de chlorure que la lumière décompose ultérieurement ; l'empreinte cutanée apparaît alors sous forme d'un pointillé noir susceptible de se conserver intact à l'abri de la lumière pendant fort longtemps.

Etudiant par ce procédé la sécrétion sudorale, l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Les anomalies pigmentaires (Nævus pigmentarius, vitiligo, ephelides, et même pelade), ne produisent aucune modification de la sécrétion sudorale.

2° L'hyperémie cutanée de toute l'épaisseur du derme, telle qu'on l'observe à l'état permanent dans les taches vineuses, à l'état transitoire dans le psoriasis et l'eczéma en voie de guérison, produit l'hypersécrétion.

3° L'hyperémie de surface (exanthèmes divers, urticaire, roséole copahique, syphilitique, etc.) ne modifie pas la sécrétion sudorale.

4° Les affections irritatives et inflammatoires les plus diverses (érysipèle, eczéma, psoriasis, éruptions vésiculeuses ou pustuleuses) entraînent toutes la suppression passagère de cette sécrétion.

Appliquée spécialement à l'ichthyose, la méthode a donné le résultat suivant :

a) Diminution notable du nombre des glandes sudoripares ou au moins de celles de ces glandes qui conservent leurs fonctions.

b) Irrégularité de la disposition de ces glandes, suite naturelle de leur absence partielle.

c) Hypersécrétion probablement supplémentaire de quelques régions moins profondément atteintes. H. DANLOS.

Ueber die Wirkung der Chrysophansäure gegen Psoriasis vulgaris, Chloasma uterinum, etc. (De l'action de l'acide chrysophanique contre le psoriasis simple, le chloasma, etc.), par NEUMANN (*Wien. med. Presse*, n° 37 *et suiv.*, 1878).

L'acide chrysophanique est le principe actif de la poudre de Goa, où il se trouve dans la proportion de 80 à 84 0/0. On peut appliquer sur la peau la poudre mélangée avec de l'eau, du vinaigre, de la glycérine ; on fabrique aussi un savon renfermant une partie de poudre pour cinq de glycérine et trente-cinq de substance grasse. Voici la formule que préconise Neumann :

Onguent simple.....	40 parties.
Acide chrysophanique.....	10 —
Huile de bergamotte.....	10 gouttes.

Cet onguent exerce sur la peau saine une action très irritante. Quelques jours après la friction, on constate une inflammation érythémateuse avec gonflement œdémateux des téguments. Cette éruption s'accompagne de démangeaisons et de quelques phénomènes généraux, tels que frissons et insomnie ; elle disparaît rapidement, laissant après elle une desquamation qui dure huit à dix jours. En outre, on voit, comme dans l'érythéma iris, faire saillie sur la peau de petites éminences du volume d'une lentille, rouges à la périphérie, foncées au centre.

L'acide chrysophanique colore la peau en brun pourpre, n'attaque pas le linge ; il n'a pas d'odeur ; son application ne donne lieu à aucune douleur.

Neumann l'a surtout essayé dans le psoriasis simple et il rapporte huit observations où la maladie, invétérée, fut rapidement guérie ou considérablement améliorée. Sept psoriasis légers disparurent entièrement par cette médication. Même succès dans le pityriasis versicolor et l'herpès tonsurant.

Dans le psoriasis, il faut avoir soin, avant d'appliquer l'onguent, d'enlever les squames et de protéger les parties saines en les recouvrant d'une compresse fine. Dans l'herpès tonsurant et le pityriasis il est inutile de faire tomber préalablement les squames.

L'acide chrysophanique constitue pour Neumann le meilleur agent antipsoriasique connu. Quand cette affection n'est pas trop ancienne, trois ou quatre onctions suffisent ; il en est de même pour le pityriasis. Pour l'herpès tonsurant il faut six à huit onctions. Il n'y a jamais d'accidents généraux à part ceux qui sont liés à la poussée érythémateuse.

Dans un second article, publié sur le même sujet, Neumann rapporte de nouvelles observations à l'appui de son dire. Il démontre en outre que l'acide chrysophanique est très efficace contre le chloasma, les éruptions syphilitiques, telles que macules, papules, psoriasis.

Il le préconise contre le lupus tuberculeux. Mais son efficacité contre le lupus érythémateux est moins manifeste ; de plus, comme cette affection siége ordinairement à la face, où l'éruption artificielle de la poudre de Goa est fort désagréable, Neumann recommande de n'employer le médicament que quand tous les autres ont échoué. L.-D. B.

On the use of chrysophanic acid in psoriasis with notes of six cases in which it was employed (De l'emploi de l'acide chrysophanique dans le psoriasis avec six observations), par J. C. OGILVIE WILL (*The Practitioner, juin* 1878).

Les résultats obtenus par l'auteur sont réellement fort remarquables, si l'on songe au caractère rebelle de l'affection dont il s'agit. Voici un court résumé de ses observations :

Obs. I. — Garçon de 14 ans, présentant sur les bras, les cuisses, les jambes, d'innombrables plaques écailleuses dont le volume variait de celui d'un petit point à celui d'une pièce d'un franc, et qui représentaient les diverses formes du psoriasis (punctata, guttata, etc.) La tête, le dos, la poitrine, et le ventre étaient également parsemés de plaques semblables. Le traitement consista en frictions avec une pommade renfermant 75 centigrammes d'acide chrysophanique pour 30 grammes d'axonge. Ces frictions étaient renouvelées matin et soir. Au bout de trois jours, les démangeaisons avaient cessé et, quatre jours plus tard, toutes les plaques avaient disparu, en ne laissant à leur place que des taches blanchâtres, qui disparurent en un mois sous l'influence des bains chauds.

Obs. II. — Garçon de 17 ans, qui souffrait depuis 18 mois d'un psoriasis étendu aux deux bras, aux avant-bras, à l'abdomen et au dos. On prescrivit la pommade chrysophanique. En moins de trois semaines, toutes les plaques avaient disparu. Les parties de la peau non atteintes par le mal offraient seulement la couleur jus de pruneau qui est ordinairement le résultat de l'action de ce médicament sur le tégument sain.

Obs. III. — Jeune fille de 17 ans, atteinte de *psoriasis diffusa*, datant de six mois. Onctions chrysophaniques. — Au bout de huit jours, toutes les plaques avaient disparu. Au bout d'un mois la guérison était complète.

Obs. IV. — Fille de 12 ans, présentant un psoriasis des genoux, des jambes et des bras. En 10 jours, les onctions chrysophaniques avaient amené la guérison complète.

Obs. V. — Fille de 13 ans, guérie complètement en moins de trois semaines, par le même moyen, d'un psoriasis datant d'un mois et demi.

Obs. VI. — Garçon épicier de 22 ans, guéri dans le même espace de temps d'un psoriasis occupant les jambes, le thorax, les avant-bras, le cou, la face et le dos de la main.

Ces observations, dont le lecteur trouvera tous les détails dans l'article de Will, semblent bien prouver que l'acide chrysophanique exerce une action efficace et prompte sur les plaques de psoriasis. Mais la guérison est-elle durable? L'auteur ne se croit pas en droit de l'affirmer, en présence des rechutes si fréquentes que l'on observe à la suite de l'administration des préparations arsénicales dans la même maladie. On voit, en effet, celle-ci récidiver au bout d'un temps plus ou moins long, dans un grand nombre de cas. Toutefois, même en admettant, ce qui n'est pas prouvé, que l'action de l'acide chrysophanique soit temporaire, il n'est est pas moins vrai que ce médicament procure un soulagement notable, sans exposer aux inconvénients et aux dangers des composés arsénicaux, phosphorés ou phéniqués. Will pense d'ailleurs qu'après la cessation des frictions chrysophaniques la guérison pourra être maintenue par l'administration longtemps continuée de doses légères d'arsenic.

On a reproché à l'acide chrysophanique d'exercer une action irritante sur la peau. On évitera cet inconvénient, en n'employant pas des doses trop fortes, lesquelles ne sont d'ailleurs nullement indispensables. Quant à la coloration spéciale que prennent les téguments sous l'influence de ce traitement, elle disparaît rapidement par les bains chauds et la chute de l'épiderme. En somme, Will se range complètement à l'avis de Balmanno Squire, qui considère l'action de l'acide chrysophanique sur le psoriasis comme une des conquêtes les plus étonnantes de la thérapeutique moderne. Aucun autre médicament ne déterminerait des effets aussi certains et aussi rapides. GASTON DECAISNE.

Du traitement externe du psoriasis au moyen de l'acide chrysophanique, par L. GRELLETY (*Lyon méd.*, 6 *octobre* 1878).

Il y a déjà plusieurs mois que cette méthode de traitement est en usage en Angleterre, et les succès obtenus justifient sans contredit la vogue dont elle jouit chez nos voisins d'outre-Manche. L'acide chrysophanique est, comme on le sait, le principe actif de la poudre d'Araroba (poudre de Goa) ; on le trouve également dans la racine de rhubarbe. Balmanno Squire, qui a préconisé cet agent thérapeutique, l'emploie en pommade à 5, 10 et même 25 0/0 dans certains cas invétérés et chez des malades tolérants.

L'auteur a recueilli les observations de ce mémoire dans le service de M. Besnier, à l'hôpital Saint-Louis. L'acide chrysophanique était em-

ployé à la dose de 5 0/0; les résultats ont été des plus remarquables. Bien entendu, en parlant de guérison, l'auteur n'entend pas garantir l'absence de récidives, il s'agit de la disparition des manifestations existantes. Cette pommade à l'acide chrysophanique est étendue avec un pinceau sur les plaques de psoriasis. Ces plaques se colorent en jaune, puis au bout d'un certain nombre de frictions, la peau saine prend un aspect érythémateux tout particulier. Cet érythème est d'un rouge carminé, très vif; les plaques guérissent d'autant plus vite qu'elles siègent sur un point où l'érythème est le plus intense.

L'auteur expose, à l'appui de son travail, dix observations où la moyenne du traitement n'a pas dépassé de 25 à 30 jours. A. C.

On the so-called Eczema marginatum (Sur l'eczéma dit marginé), par Tilbury FOX (*Archives of Dermatology*, *p.* 291, *octobre* 1878).

1° Ce n'est pas comme on le dit en Allemagne une affection complexe, tenant de l'eczéma et de l'herpès tonsurant; mais une maladie parasitaire, une teigne qui peut ultérieurement se compliquer d'eczéma.

2° Bien que dans nos climats elle soit habituellement limitée (aisselle, racine de la cuisse) et que sous les tropiques elle soit ordinairement disséminée sur de grandes surfaces, cette règle n'est pas sans exceptions. Les formes légères et localisées sont communes en Orient, et les formes graves s'observent quelquefois en Angleterre.

3° La vigueur de la végétation parasitaire et l'intensité de l'irritation s'expliquent par des conditions particulières de sécrétions cutanées, de chaleur, d'humidité. L'origine du mal doit également entrer en ligne de compte; on sait que la teigne tonsurante directement contractée des animaux est habituellement plus sérieuse. L'auteur a déjà établi la réalité du fait par plusieurs observations (*Clinical Society's transactions*, vol. IV). Plus récemment, septembre 1877, il en a recueilli un autre exemple. « Des bestiaux importés d'Irlande et atteints de teignes avaient communiqué leur mal à une demi-douzaine de gardiens. Sur le corps, les bras, la figure de ceux-ci se voyaient de nombreuses plaques dont les unes constituaient de l'herpès circiné simple, tandis que d'autres étaient tuméfiées, indurées, pustuleuses, à ce point que l'une d'elles fut prise pour un anthrax et incisée comme telle. »

4° Le parasite n'est pas un champignon spécial, mais une simple modification du trichophyton, identique d'aspect avec celle que l'on voit dans la trichophytie des ongles. H. DANLOS.

On the use of the solid rubber bandage in the treatment of eczema and ulcers of the leg (Sur l'emploi des bandes de caoutchouc élastique dans le traitement de l'eczéma et des ulcères de la jambe), par DUNCAN BULKLEY (*Archives of Dermatology*, *juillet* 1878).

Après avoir énuméré les inconvénients que présente l'emploi des bas élastiques ou lacés, dans le traitement des ulcères et de l'eczéma variqueux des jambes; l'auteur cite vingt-sept observations comme exemples de la supériorité thérapeutique de la méthode qu'il préconise et dont il

détaille minutieusement les indications. Il se sert de bandes de caoutchouc de première qualité, très élastiques, larges de 3 pouces et longues de 12 pieds. On les applique, le malade étant encore au lit, en commençant par les orteils, avec la précaution de n'exercer sur elles qu'une traction extrêmement légère. La nuit, on les retire et, pour peu qu'elles présentent une odeur fétide, on les fait macérer dans une solution d'acide phénique ou thymique au millième. Quand la jambe jette beaucoup, il est bon d'interposer entre la surface malade et le caoutchouc quelque pansement protecteur.

Le seul inconvénient qu'offre le contact du caoutchouc sur la peau est le développement, dans quelques cas, d'une éruption pustuleuse discrète, dont il n'y a pas à s'inquiéter, et qui disparaît d'elle-même sans qu'il soit besoin d'interrompre le traitement. D'après l'auteur, l'emploi de ce moyen thérapeutique est avantageux, non seulement dans les ulcères variqueux des jambes, mais encore dans le psoriasis, le pemphigus foliacé, le pityriasis rubra, le xérosis, l'ichthyose, le lichen ruber, le prurit, le prurigo, l'éléphantiasis des Arabes, etc. Il donnerait également de bons résultats dans l'œdème des membres, la phlébite, les affections rhumatismales et névralgiques des jointures, les synovites tendineuses, les hygromas, etc. H. DANLOS.

Zur Anatomie der Blasenbildung an der menschlichen Haut (Contribution à l'étude du développement des bulles sur la peau humaine), par P. UNNA (*Vierteljarhesschrift für Dermatologie und Syphilis*, 1878).

Lorsque l'on considère par sa face profonde l'enveloppe épidermique d'une ampoule de vésicatoire, on la voit tapissée d'un dépôt membraneux blanc jaunâtre qu'il est toujours facile de séparer de la couche cornée de l'épiderme. L'étude de la structure et du développement de cette membrane fait l'objet de ce mémoire.

De ses recherches micrographiques l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Le courant nutritif provoqué par l'irritation inflammatoire pénètre dans la partie la plus profonde de la couche des cellules dentelées. Là, se trouvant trop à l'étroit dans les espaces normaux ménagés entre les dentelures, il dissocie violemment les cellules, de telle façon que quelques-unes seulement demeurent adhérentes au derme. Ainsi se développe la cavité ampullaire dont les dimensions s'accroissent peu à peu par les progrès de la sécrétion. L'exsudat séreux agit consécutivement sur le revêtement épidermique.

Le premier effet est un gonflement de toutes les cellules qui perdent leurs contours dentelés et se touchent par des surfaces planes.

2° Consécutivement quelques groupes épithéliaux de la couche profonde, surtout ceux qui constituent les parois spiroïdes des glandes sudoripares, entrent en prolifération. Dans les couches les plus superficielles du réseau de Malpighi le même processus (division des noyaux, division des cellules) se reconnaît aussi ; mais souvent il n'aboutit qu'à la formation de bandelettes granuleuses et de corpuscules granuleux ovalaires (*würstiform*) que l'auteur considère comme des produits de prolifération avortés.

3° L'épithélium ainsi modifié devient le siège d'une métamorphose fibrinoïde. Tout ce qui reste du protoplasma cellulaire prend une certaine analogie d'apparence et même de propriétés avec la fibrine. Cette substance fibrinoïde se gonfle et pâlit, mais ne se dissout pas sous l'influence de l'acide acétique. Les acides et alcalis minéraux étendus agissent sur elle de la même manière. Elle se dissout dans la solution de pepsine acidifiée par l'acide chlorhydrique beaucoup plus vite que le protoplasma épithélial non altéré.

En cet état, l'enveloppe épidermique de l'ampoule offre une image très complexe. Elle se montre composée de masses, aplaties en bandelettes par la pression du liquide, renfermant des épithéliums isolés, des nids de cellules épithéliales, des noyaux et des corps d'apparence nucléaire disséminés partout. La pénétration continue du liquide coagulable de l'ampoule dans cette couche de revêtement rend l'analogie avec une masse fibrineuse de plus en plus complète.

Ces résultats sont indépendants du mode de vésication. Les ampoules produites par des applications de ventouses, de collodion à la vératrine et au sublimé ont montré la même structure.

L'auteur a étudié, au même point de vue, les bulles développées spontanément sur la peau dans 8 cas de phlegmon et dans 1 cas d'érysipèle. Ces recherches l'ont conduit sensiblement aux mêmes conclusions. Il signale, toutefois, comme se produisant beaucoup plus fréquemment que dans les bulles d'origine artificielle, la disparition des noyaux cellulaires, disparition à laquelle, dans son étude sur les pustules varioliques, Weigert attache une grande importance. Il indique également dans ces bulles spontanées la présence constante de groupes de bactéries, auxquelles il n'attribue, d'ailleurs, qu'un rôle très accessoire.

H. DANLOS.

Pemphigus du vagin, par KLEINWÆCHTER
(*Prager medicinische Wochenschrift*, n° 6, 1878).

Il s'agit, dans cette observation, d'une femme atteinte de pemphigus, siégeant principalement sur les jambes. La muqueuse vaginale est rouge, sécrétant fortement ; elle présente, surtout dans sa partie supérieure, un grand nombre de points dépouillés d'épithélium, recouverts cependant çà et là de quelques lambeaux membraneux, enroulés sur eux-mêmes ; sur le col de l'utérus, disposées en demi-cercle autour du museau de tanche, on trouve une demi-douzaine de vésicules, de l'épaisseur d'une tête d'épingle, et remplies d'un liquide clair. H. TH.

Du pemphigus dans les névroses, par MERMET (*Thèse de Paris*, 1877).

L'auteur cite un bon nombre d'observations intéressantes parmi lesquelles deux, qui lui sont personnelles, sont relatives à des éruptions de pemphigus alternant avec des accidents hystériques bien caractérisés (Obs. IV, hémoptysies, dysurie, hématurie, alternant avec des éruptions pemphigoïdes et obs. V). Il discute à la fin de son travail la pathogénie de ces accidents bizarres, et se rangeant à l'opinion de

M. Vulpian, repousse la théorie des nerfs trophiques et croit que ce sont les nerfs préposés à la sensibilité et au mouvement qui remplissent également la fonction de présider à la nutrition des parties.

E. B.

Ein seltener Fall von Pemphigus neo-natorum (Un cas rare de pemphigus des nouveau-nés), par César BOECK (de Christiania) (*Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*, 1878, *p.* 17).

Un enfant nouveau-né fut pris, vers le cinquième jour de son existence, d'une affection cutanée caractérisée au début par quelques vésicules au cou et au menton, vésicules qui bientôt s'agrandirent et se multiplièrent. Les premières phases de l'affection furent peu observées. Au dixième jour de son mal, l'enfant était dans l'état suivant :

Sur le tronc, le visage, les extrémités, on voyait des plaques cutanées excoriées, d'un rouge sombre, de grandeur variable, isolées ou confluentes. Elles formaient par leur réunion sur le membre supérieur droit, une surface excoriée continue s'étendant du côté de la flexion, depuis la moitié inférieure du bras jusqu'à la paume de la main inclusivement.

Les parties dépouillées d'épiderme étaient légèrement suintantes, sans trace de processus ulcératif, sans formation de croûtes. Les limites du mal étaient très nettes, formées en partie par une collerette d'épiderme soulevé mais encore adhérent, en partie par quelques débris jaunâtres d'épiderme conglomeré. Rien sur les muqueuses. Agitation, cris ; diarrhée verdâtre.

Le lendemain, de grandes étendues de peau, encore saines la veille, étaient envahies; en particulier, la main gauche, la face plantaire des deux pieds et une partie de leur face dorsale. Sur les pieds, l'épiderme légèrement soulevé laissait apercevoir le chorion d'un rouge sombre, comme au travers d'un voile blanchâtre finement plissé. Une très minime quantité de sérum était épanchée sous l'épiderme.

La mort survint le lendemain, douzième jour de la maladie. Dans les dernières heures, le mal avait encore fait de grands progrès; une grande partie de la surface cutanée était absolument dépouillée d'épiderme.

La mère n'offrait aucune trace de syphilis ancienne ou récente. Sur le père on ne put obtenir de renseignements certains.

A l'autopsie, aucune lésion viscérale. L'examen microscopique de la peau montra les vaisseaux du chorion énormément dilatés et gorgés de sang. Pas d'infiltration cellulaire le long des vaisseaux.

Pour l'auteur la syphilis n'est pas en cause.

Il en donne pour raisons : le début par le cou et le menton, parties qui ne sont pas des sièges de prédilection pour la syphilis ; le volume et l'extension des bulles ; l'absence d'ulcérations et de croûtes ; l'intégrité de la muqueuse buccopharyngée ; le défaut de symétrie ; le manque d'infiltration cellulaire.

Il regarde également cette maladie comme très distincte du pemphigus épidémique des nouveau-nés, assez commun dans les maternités et dont il a observé de nombreux exemples. Sans avoir la prétention d'assigner à cette forme inconnue de pemphigus une place dans les cadres nosologiques, il le compare, abstraction faite des différences radicales tenant à la rapidité de son évolution, au pemphigus foliacé des adultes.

H. DANLOS.

Du zona et des troubles nerveux périphériques dans la tuberculose pulmonaire, par LEUDET (*Gaz. hebd.*, 27 *septembre* 1878).

L'auteur a cherché à établir que les troubles nerveux localisés, et particulièrement les *névralgies*, observés fréquemment chez les phthisiques, et rapportés ordinairement à une pure coïncidence, s'accompagnent presque toujours de l'éruption caractéristique du *zona*.

Sur 17 malades tuberculeux chez lesquels il a observé ce zona, 17 fois l'éruption ne siégeait pas arbitrairement sur telle ou telle région, mais sur les points mêmes où se font sentir ordinairement les troubles nerveux et les phénomènes névralgiques. Suivant M. Leudet, cette éruption constitue une forme spéciale d'accidents, et doit être très vraisemblablement considérée comme le résultat d'une lésion nerveuse trophique ou vaso-motrice.

Ce zona des tuberculeux siège plus fréquemment à la périphérie : sur 17 cas, il occupait 10 fois la poitrine, 2 fois la région lombo-abdominale, 1 fois le cou et le bras, 2 fois l'avant-bras et 2 fois les membres inférieurs. Les douleurs sont en général moins vives que chez les sujets sains. M. Leudet a observé en même temps que ces phénomènes douloureux : des troubles de la sensibilité, de la motilité, des modifications locales dans la température, et des sueurs limitées au siège de l'éruption.

Il conclut de ses recherches :

1° Que chez les tuberculeux on voit se développer plusieurs ordres de troubles nerveux périphériques, les uns à détermination anatomique vague, les autres bien déterminés anatomiquement, ce sont des névralgies, des paralysies des nerfs périphériques ;

2° Que le zona apparaît dans le cours de ces troubles nerveux, il affecte les mêmes nerfs et fait partie de la perturbation nerveuse précédente ;

3° Qu'il peut coïncider avec des troubles de motilité, de sensibilité, avec l'atrophie des muscles desservis par ces branches nerveuses ;

4° Que ce zona peut siéger sur le trajet des nerfs ou à la périphérie ;

5° Que ces troubles nerveux se rencontrent de préférence dans la tuberculose pulmonaire à évolution lente. ARMAND PAULIER.

Un caso non mai osservato di zoster cronico (Un cas de zona chronique), par V. TANTURRI (*Il Morgagni, mai* 1878).

L'auteur a eu l'occasion d'observer un cas de zona chronique chez un individu atteint autrefois de rhumatisme généralisé qui avait duré une année. Depuis ce malade avait eu la gale, la fièvre typhoïde et un eczéma très étendu qui dura une année. Il n'avait jamais eu la syphilis. Deux mois après la guérison de l'eczéma, il fut atteint d'une nouvelle éruption qui devint bientôt prurigineuse et cuisante, et qui se renouvelait à mesure que les points d'abord atteints se cicatrisaient. Cette éruption s'accompagnait de douleurs sur le trajet des quatre derniers nerfs intercostaux, surtout quand le malade était levé. L'éruption occupe surtout le côté gauche dépassant en avant la

ligne médiane pour rejoindre à droite la ligne axillaire. Elle se compose de groupes de cicatrices et de groupes en voie d'efflorescence : un groupe circonscrit se trouve sur la ligne mamillaire droite, un autre sur le prolongement du bord droit du sternum, un autre sur le prolongement du bord gauche. Deux autres sont situés un peu plus bas, vers le huitième espace intercostal, sur la ligne axillaire. L'éruption est couverte de croûtes impétigineuses, sous lesquelles sont des ulcérations rondes, tuméfiées à leur centre et sur leurs bords, entourées d'un cercle rougeâtre. Il y a en outre à la partie antérieure de la poitrine un grand nombre de cicatrices, petites, confluentes ou en groupes séparés les unes des autres par des intervalles de peau saine. Les cicatrices sont rondes, blanches à leur partie moyenne, entourées d'un cercle brunâtre ; le malade souffre dans la région dorsale et surtout dans la région lombaire. Du 26 avril au 8 juin 1877, l'amélioration fut à peu près insensible malgré l'application de diachylon et de pommade à l'oxyde de zinc. Il sortit à cette époque de l'hôpital et y rentra le 21 janvier 1878. L'altération conservait le même siège avec des groupes d'éruption récemment développés dans le voisinage des anciens, sur la ligne axillaire, un autre se dirigeant vers l'ombilic, un autre situé sur la ligne parasternale du côté droit. Les ulcérations sont couvertes de croûtes d'un gris verdâtre, sèches et comme incrustées dans l'ulcération dont les bords sont saillants. Les douleurs sont très vives, à ce niveau, et correspondent à des points douloureux des vertèbres lombaires et sacrées. L'onguent mercuriel fut appliqué et on obtint la cicatrisation complète et la cessation des douleurs.

F. BALZER.

Lèpre tuberculeuse ; présentation du malade par Oscar WYSS à la Société des médecins de Zurich, le 10 novembre 1877 (*Corr.-Bl. f. schweiz. Aerzte, n° 4, pg.* 109, 15 *février* 1878).

Zuricois, célibataire, âgé de 40 ans ; de 1860 à 1866 militaire au service hollandais, d'abord dans les Moluques, puis à Java ; il y fut toujours bien nourri : 2 fois par jour, viande fraîche avec soupe, légumes et riz ; tous les 2 jours, le soir, la viande de buffle ou de porc était remplacée par des poissons de mer. La boisson consistait en 3 litres de vin de palmier frais ; le service était peu pénible, les casernes bien situées et aérées.

Jamais il n'a eu de contact direct avec des lépreux. Toutefois, dans les Indes hollandaises, il a aperçu à différentes reprises un Européen et un indigène atteints de la maladie.

Son affection a commencé il y a 18 mois. D'abord au front, puis 2 ou 3 mois plus tard aux joues, apparurent des taches rouges qui grossirent graduellement, mais ne causèrent jamais ni démangeaison, ni sensation incommode. Des taches analogues se formèrent sur les bras et sur les jambes. La voix s'est altérée depuis 1 an, le timbre en est nasillard et étouffé. En dehors de cela, le patient était bien portant, il mangeait de bon appétit, ne maigrissait pas et n'avait pas de fièvre ; avant l'apparition des taches, il n'a éprouvé ni abattement, ni lassitude, ni douleurs rhumatoïdes.

Actuellement encore c'est un homme robuste. A première vue on est frappé de la teinte brun rougeâtre presque universelle de sa figure, dont les téguments sont épaissis et couverts de nodosités, de bourrelets et de tubercules. Ces altérations sont surtout marquées au niveau des sourcils et de la racine du nez ; les nodosités sont moins développées sur le nez, le menton, les joues où l'épaississement et l'injection de la peau dominent. Sur le front se trouvent quelques tubercules faisant une saillie hémisphérique grosse comme une demi-noix. Les téguments redeviennent normaux à la limite du

cuir chevelu, sur les tempes, en avant des oreilles et au voisinage des paupières.

Sur tous les points malades, on voit proéminer les nombreux orifices des glandes sébacées et la peau a pris un éclat tout spécial qui tient à la fois à la distension de l'épiderme, au manque complet de duvet et à l'exagération de la sécrétion sébacée. Les sourcils sont presque entièrement glabres. Au niveau de la barbe qui est rasée, on distingue des îlots saillants, lisses, brillants, dépourvus de poils, et tout à côté des parties déprimées garnies de poils plus ou moins nombreux. La physionomie offre une rigidité particulière et l'expression mimique est peu accusée. C'est au niveau de la zone qui sépare les régions saines et les régions malades que la pigmentation brunâtre est au maximum. Le cuir chevelu est totalement indemne. Les lobules des oreilles présentent une nodosité plus forte à droite. Les deux tragus sont hypertrophiés et rouges, le reste du pavillon auriculaire est intact. En avant, sur les côtés et en arrière du cou, se voient des taches très nombreuses ayant les dimensions d'une pièce de 1 franc, d'un écu ou même plus considérables, en partie confluentes, de couleur rouille ou brun jaunâtre et tirant légèrement sur l'orangé. Mêmes taches sur les membres : plus nombreuses et plus volumineuses sur le bras gauche que sur le droit. Mêmes taches aussi sur le tronc.

Testicules normaux; sur le prépuce, cicatrice blanche, arrondie, de la grandeur d'une lentille, résultant d'un chancre mou. Dernièrement l'ongle du gros orteil gauche est tombé sans causer aucune douleur, à la suite d'une bulle qui s'était formée sur tout son pourtour ; il y a maintenant une ulcération superficielle à ce niveau.

Nulle part on ne constate d'altération de la sensibilité. La muqueuse bucco-pharyngée ne présente qu'un peu d'injection. Aucune raucité. Injection uniforme livide de l'épiglotte et de la muqueuse laryngée. L'examen rhinoscopique pratiqué par les narines antérieures ne révèle qu'une injection considérable de la muqueuse; pratiqué en arrière, cet examen montre un épaississement notable de la cloison et des cornets qui sont granuleux, anémiés et revêtus par place d'une sécrétion purulente; sur les parois inférieures et externes des fosses nasales, on aperçoit aussi des nodosités granuleuses ou des excroissances verruqueuses qui proéminent dans les méats dont la teinte est remarquablement pâle. Nulle part on ne voit de sécrétions desséchées comme dans l'ozène scrofuleux; aucune fétidité, mais gêne très grande de la respiration nasale. Un peu de matité sans altération des bruits respiratoires dans les fosses sus et sous-épineuse droites. Rien au cœur ni dans les viscères abdominaux.

Entre autres particularités à relever dans cette observation, il faut mentionner l'absence de toute hérédité et de cause appréciable dans l'alimentation, l'habitation, etc. ; toutefois, il est à noter qu'aux Indes hollandaises, chaque jour le riz était apprêté avec du *sanbal*, sauce formée de poissons en putréfaction et d'épices. Enfin, il est curieux de voir s'écouler un laps de plus de 5 ans entre le séjour du sujet dans un pays où la lèpre est endémique, et l'apparition chez lui des premiers symptômes morbides. J. B.

On nerve-stretching in anesthesic leprosy (De l'extension des nerfs dans la lèpre), par E. LAWRIE (*Indian med. Gazette, septembre* 1878).

L'auteur a pratiqué une trentaine de fois l'extension des nerfs pour des cas de lèpre anesthésique ; chez tous ses malades il y a eu un résul-

tat favorable plus ou moins marqué, mais comme le séjour au dispensaire n'a pas été prolongé longtemps, L... ne peut dire si les bénéfices du traitement ont été temporaires ou définitifs.

Voici le résumé de sa première observation :

Un homme de 40 ans entre au *Medical College hospital* de Calcutta pour un cas de lèpre anesthésique ; le bras droit était le siège d'une insensibilité très marquée; la main droite saisissait avec peine un objet. Lawrie fit l'extension du nerf cubital, que l'on trouva épaissi.

Au bout de quelque temps, la peau avait notablement changé d'aspect à la main et à l'avant-bras. La sensibilité avait reparu dans toute la zone antérieurement anesthésiée ; l'épaississement du nerf cubital paraît avoir disparu complétement. Le malade reconnaît lui-même cette amélioration et constate que la main est devenue plus forte. A. C.

Du lupus (Anatomie pathologique et traitement par la méthode des scarifications linéaires), par F. LELONGT (*Thèse de Paris*, 1877).

L'auteur débute par un historique assez complet dans lequel il met bien en relief les principales opinions émises sur la nature du lupus. Il fait mention des principaux travaux publiés en Allemagne sur ce sujet ; mais tout en citant honorablement le mémoire de Friedländer il ne souscrit pas à ses conclusions, et il termine le chapitre d'anatomie pathologique par cette proposition de M. Vidal : « Le lupus forme des lésions dont l'anatomie pathologique est intermédiaire à celle des affections cutanées inflammatoires et aux tumeurs de la peau : c'est une infiltration dermique se rapprochant même beaucoup des tumeurs. » Cette manière de voir est conforme à la vérité ; cependant, elle a peut-être le tort de ne rien préciser. Quant à la question du lupus érythémateux, l'auteur la tranche assez catégoriquement. « Le lupus tuberculeux n'est donc, pour ainsi dire, que l'extension du premier (le lup. éryth.), ou, pour mieux dire, ils paraissent n'être qu'une même affection à des degrés différents, le lupus tuberculeux étant le plus avancé. »

La seconde moitié de ce travail, relative au traitement, est un exposé très intéressant de la méthode employée par M. Vidal, à l'hôpital Saint-Louis. Les scarifications linéaires ne sont qu'une modification du procédé célèbre appliqué pour la première fois par Volkmann, le raclage. Mais quoique dérivant de cette dernière opération, celle que M. Vidal pratique aujourd'hui en diffère d'une manière très sensible. Le raclage seul ayant été reconnu insuffisant, Hébra, Aubert, Vidal prirent d'abord l'habitude de cautériser la plaie, afin d'y détruire sur place les derniers vestiges du mal. Volkmann substitua à la cautérisation l'acupuncture multiple ; « mais de l'emploi combiné du raclage et de la scarification multiple punctiforme au traitement par l'acupuncture seule il n'y avait qu'un pas » ; et en effet l'expérience semble avoir démontré à M. Vidal que cette méthode est de beaucoup préférable. L'auteur expose ensuite avec détail le manuel opératoire des scarifications linéaires. — Le mode d'action de la scarification linéaire et l'influence de cette opération sur la formation de la cicatrice étaient certainement des points à mettre en lumière ; l'auteur les a volontairement négligés en reconnaissant qu'il ne pouvait donner à cet égard d'explications pleinement satisfaisantes. E. B.

De lupus exedens (Étude, traitements divers), par C. FRAICHE (*Thèse de Paris*, n° 377, 1878).

Dans l'étude clinique, rien à relever, sinon un renseignement étiologique intéressant. L'influence héréditaire semble presque nulle sur le développement du lupus; il résulte, en effet, des recherches faites à l'hôpital Saint-Louis, par M. le Dr Vidal, sur les quelques familles de lupeux employées dans cet établissement, que les enfants nés de père et de mère atteints de lupus sont indemnes de cette maladie.

Le côté original de cette thèse est la description du mode de traitement employé par le Dr Vidal. Ce traitement consiste à pratiquer dans toute l'épaisseur du tissu malade des scarifications linéaires parallèles aussi rapprochées que possible, puis à couper celles-ci par d'autres scarifications parallèles entre elles, mais obliques ou perpendiculaires aux premières, à la manière des hachures d'un dessin. Par ce moyen, les surfaces de peau qui ne sont pas atteintes sont excessivement petites, et l'on peut dire que presque tous les tubercules sont scarifiés. Pour pratiquer ces scarifications, le Dr Vidal se sert d'une aiguille spéciale, construite sur ses indications par Lüer, et dont la forme rappelle celle de l'aiguille à cataracte, de Bowmann, légèrement modifiée. L'instrument, tenu comme une plume à écrire, doit l'être assez délicatement pour onduler en quelque sorte sur les tissus, scarifiant les parties lupeuses, respectant la peau saine plus résistante. Quand les incisions, ainsi faites, ne dépassent pas la moitié de l'épaisseur du derme, elles ne laissent, paraît-il, pas de cicatrice. Cette absence de cicatrice a été constatée chez des individus qui ont eu jusqu'à vingt scarifications. — La douleur est nulle ou à peu près, tant que l'on est sur le tissu malade; elle n'existe réellement qu'à la périphérie, quand on arrive sur des parties non encore atteintes, ou bien quand, après quelques séances, le lupus a été modifié. Pour enrayer le mal, les scarifications à la périphérie doivent empiéter sur la peau saine, aussi le Dr Vidal a-t-il recours alors à l'anesthésie locale par pulvérisation d'éther ou application de glace. Quand la surface malade est très étendue, il est bon de faire l'opération en plusieurs séances. Sur un même point, les scarifications doivent être pratiquées en moyenne de huit à dix fois, et souvent davantage, pour arriver à la guérison; on peut les répéter tous les six jours. L'hémorrhagie qui suit cette petite opération n'est jamais abondante; pour l'arrêter, on se contente d'appliquer du coton en nappe ou du papier buvard. Quand on veut se rendre compte des progrès de la guérison, le meilleur moyen est d'éthériser la cicatrice; la peau se rétracte et les noyaux de lupus, s'il en existe encore, se reconnaissent par transparence à leur couleur jaunâtre caractéristique. H. DANLOS.

Ein Fall von Sclerodermia universalis (Un cas de sclérodermie universelle), par MADER. — Ueber den anatomischen Befund in einem Falle von Sclerodermia universalis (Sur les lésions anatomiques dans un cas de sclérodermie universelle), par H. CHIARI (*Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*, p. 185, 1878).

Jeune fille de 17 ans, entrée à l'hôpital le 5 mai, morte le 8 octobre. Son mal avait débuté huit mois auparavant à la suite d'un refroidissement par un

gonflement rhumatismal symétrique portant sur les articulations tibio-tarsiennes, celles des genoux et des mains.

La peau s'était prise ensuite. Dès les premiers temps s'étaient développées sur les mains et le visage des taches brunes, qui devenues plus tard confluentes sur la presque totalité du corps donnaient au tégument une coloration brun pâle. Le sclérème n'avait respecté que la peau de la partie antérieure du cou et celle du bas-ventre. Cette femme résistait mal au froid; ses règles s'étaient supprimées depuis le début du mal. Rien dans les organes internes, appétit normal, fonctions intestinales régulières.

La thérapeutique consista en bains, enveloppement, massage, électrisation; à l'intérieur, acide salicylique et fer. L'auteur conclut de son observation que les bains simples et térébenthinés ont été utiles, le massage nuisible, l'acide salicylique et le fer sans action. L'électricité sous forme de faradisation localisée a diminué les souffrances; les muscles bridés par la peau réagissaient mal, même avec un courant très fort. Le 23 mai, la malade fut prise de péricardite avec épanchement et de pleurésie. Elle guérit, mais le 18 septembre, après un coup de froid, elle eut une fièvre passagère et une diarrhée qui persista. 1er octobre, apparition d'une escharre sacrée et depuis lors vomissements quotidiens; plus tard urticaire, mort dans le marasme le 8 octobre.

Suivent quelques réflexions sur la nature du mal. Mader envisage la sclérodermie comme une trophonévrose d'origine centrale ayant avec le rhumatisme articulaire une certaine affinité.

L'autopsie faite par Chiari montra l'oblitération complète des plèvres et du péricarde et la dégénérescence graisseuse du cœur. Rien sur les muqueuses; rien dans les viscères sauf quelques tubercules caséeux, au sommet du poumon gauche. L'examen microscopique porta sur différentes parties de la moelle épinière, sur beaucoup de ganglions spinaux, et sur des morceaux de peau pris dans différentes régions. La moelle et les ganglions examinés après durcissement dans le liquide de Müller, ne montrèrent rien de morbide. L'auteur insiste sur l'importance de ce résultat négatif qu'il rapproche d'un fait publié tout récemment par Westphal (*Annales de la Charité*, vol. III), et dont l'autopsie, faite par Orth, a montré des indurations partielles multiples dans les circonvolutions cérébrales.

Les coupes de la peau préalablement durcie dans l'alcool frappaient tout d'abord par des dépôts bruns de pigment dans la couche la plus profonde du réseau de Malpighi.

Il s'y montrait sous forme de granules et sous forme d'infiltration diffuse dans le protoplasme et le noyau des cellules cylindriques. Dans la zone papillaire existaient aussi des dépôts de pigment en gros granules accumulés, principalement le long des vaisseaux sanguins, artérioles et capillaires, Le tissu dermique était plus dense, les faisceaux conjonctifs de la couche papillaire plus serrés, plus condensés qu'à l'état normal. Dans le tissu sous-cutané, les travées conjonctives, plus fortes, formaient immédiatement au-dessous de la peau, par suite de la disparition presque complète de la graisse, un réseau serré ayant la plus grande analogie de structure avec le derme. A la face on trouvait çà et là quelques restes de lobules graisseux, épars dans le réseau conjonctif hypertrophié. Pas trace de prolifération cellulaire dans la peau et dans le tissu sous-cutané, glandes sébacées et sudoripares; follicules pileux à l'état normal. Muscles papillaires et fibres élastiques sans altération. La conclusion que l'auteur tire de cette étude dont il reconnaît d'ailleurs l'insuffisance, puisqu'elle ne porte que sur les lésions ultimes et non sur le processus anatomique initial, est que la théorie du chorionitis (Rindfleisch) est plus vraisemblable que celle de la stase lymphatique (Kaposi). H. DANLOS.

Cura dell' ittiosi col carbone del mais (Guérison de l'ichthyose par le charbon de maïs), par LOMBROSO (*Rivista clinica di Bologna ,octobre* 1878.)

Un jeune homme de 20 ans, appartenant à une illustre famille de Turin, était affecté d'ichthyose peut-être congénitale, ayant résisté au traitement par l'arsenic, le soufre, la teinture de maïs ; il fut enfin traité par le charbon de maïs (ustilago maïdis) à la dose de 2 grammes par jour pendant quatre mois. La guérison complète suivit l'usage de ce médicament dont l'administration n'était interrompue que un ou deux jours par semaine.

F' BALZER.

Dysidrosis, par Tilbury FOX et R. CROCKER (*Path. Soc. Med. Times and Gaz., p.* 632, 8 *juin* 1878).

Pour bien étudier les lésions initiales de cette affection, le Dr Fox avait excisé une partie de la peau où la maladie s'était développée depuis quelques jours seulement.

La maladie était caractérisée par les symptômes suivants : gonflement et rougeur de la peau ; dilatation des orifices des glandes sudoripares ; formation de corps ressemblant à des grains de sagou situés dans le derme et au niveau des conduits des glandes sudoripares. Sur d'autres parties de la peau la maladie s'était complètement développée. Les lésions de l'eczéma faisaient absolument défaut : pas d'inflammation du derme ; pas de lésions des vaisseaux des papilles ; pas d'exsudation liquide en dehors de ces vaisseaux ; pas de formation de vésicules de nature eczémateuse. Les lésions étaient limitées aux conduits des glandes sudoripares, aux glandes sudoripares et aux tissus du derme avoisinant les conduits. Ceux-ci étaient plus grands et plus tortueux qu'à l'état normal, et présentaient çà et là des dilatations. Les vésicules ou grains de sagou étaient situées entre les papilles ; sur 70 préparations on ne vit qu'une seule fois une vésicule en rapport avec les vaisseaux d'une papille. Elles étaient donc interpapillaires, situées dans la couche de Malpighi, et surtout dans la partie profonde de cette couche. Beaucoup de conduits glandulaires communiquaient avec les vésicules. Il existe donc un rapport réel entre les conduits et les vésicules. Celles-ci contenaient des cellules épithéliales et des granulations. Plus profondément les conduits étaient dilatés, leurs parois épaissies, leur canal central rempli de cellules épithéliales. Dans une préparation les glandes elles-mêmes avaient augmenté de volume ; leurs éléments anatomiques normaux étaient indistincts par suite du développement d'un grand nombre de cellules dans leur intérieur et autour de leurs parois. Elles présentaient évidemment des lésions congestives ou inflammatoires. L'auteur termine en disant que les vésicules étaient produites par la dilatation de la partie supérieure des conduits sudoripares par les liquides sécrétés par les glandes.

F. Taylor ajouta que le contenu des vésicules est toujours alcalin.

J.-B. H.

Notes on Molluscum sebaceum (Du molluscum sébacé), par Walter G. SMITH. (*The Dublin Journ. of med. sc., p. 371, nov. 1878.*)

Cette note est consacrée à démontrer que le molluscum sébacé, affection commune en Angleterre et en Ecosse, ne laisse pas d'être fréquente en Irlande. L'auteur, sur un relevé de 5,300 cas de dermatoses observés à l'hôpital Adélaïde, de Dublin, a constaté 25 fois le molluscum sébacé, c'est-à-dire dans une proportion de 1 pour 200.

Parmi ces 25 observations, dont l'auteur donne simplement l'énumération fort brève, plusieurs sont des exemples indubitables de contagion, que l'on peut citer à l'appui de ceux antérieurement publiés par Dyce Duckworth (*St-Barth. Hosp. Rep.*, IV et VIII) et Eames (*Brit. med. Journ.*, Déc. 1872) ; comme dans la plupart des cas mentionnés, l'éruption siégeait, chez les malades de Smith, de préférence sur la face et le cou, et se montrait presque exclusivement chez des enfants.

Au point de vue du traitement, l'auteur est partisan de la cautérisation des follicules acnéiques avec du nitrate d'argent, et quand ce moyen ne suffit pas, de l'excision. H. R.

Lésions anatomiques du Molluscum contagiosum, par TILBURY FOX et T. C. FOX (*Path. Soc.; Med. Times and Gaz.*, 26 *octobre* 1878.)

L'origine glandulaire du molluscum contagiosum a été mise en doute par plusieurs auteurs et principalement par Lukomsky (de Kief). Ces auteurs affirment que les tumeurs de la peau observées dans cette maladie sont dues à un développement de la couche de Malpighi qui envoie jusque dans le derme des prolongements coniques. Les cellules de ces prolongements se transforment et constituent les corps molluscoïdes. Ces faits n'ont pas été confirmés par les observations de Fox. Le premier signe de la maladie consiste en une hypertrophie des glandes sébacées, dont les lobules augmentent en nombre, et d'une multiplication des cellules épithéliales qu'elles contiennent. Ces cellules épithéliales subissent des modifications importantes : les cellules se multiplient rapidement par formation endogène (cela se voit surtout dans la couche externe) ; il se forme des vacuoles dans les cellules qui, du centre des acini, se rendent aux conduits excréteurs. Ce sont ces cellules glandulaires vésiculiformes et distendues par de la matière sébacée qui constituent les corps molluscoïdes. Si l'on exprime le contenu d'une tumeur de molluscum contagiosum, on y remarque des cellules épidermiques semblables à celles que l'on rencontre dans le comédon et des corps molluscoïdes. Ces corps sont souvent emprisonnés au milieu des cellules épidermiques, d'où Lukomsky avait conclu qu'ils étaient formés dans la couche de Malpighi. Fox croit cependant qu'il ne s'agit là que d'un simple mélange. Enfin les auteurs n'ont pu trouver de champignons dans le contenu des tumeurs. J.-B. H.

I. — Vitiligoïdea,— Xanthélasma, — Xanthoma, par HILLAIRET (*Bullet. de l'Ac. de médecine, 2e série, tome VII, n° 47*).

II. — Idem, par CHAMBARD (*France médicale*, 1878).

Dans cette communication, M. Hillairet appelle l'attention sur une affection peu commune, décrite pour la première fois par Rayer sous le nom de *plaques jaunes des paupières*. Plus tard, en 1851, Addison et Gull reconnaissent au xanthélasma deux formes, une *plane* et une *tuberculeuse*, en même temps qu'ils notent la coïncidence habituelle de l'ictère. Depuis, cette maladie a été étudiée par la plupart des dermatologistes parmi lesquels on peut citer Frank Smith, Pavy, Hilton, Murchison, Hebra, Bazin, etc.

Avant de raconter l'histoire d'un malade qu'il présente à l'Académie, M. Hillairet résume en quelques mots les principaux traits de la maladie.

La forme plane (*Vitiligoidea plana*, *Xanthoma planum*) affecte l'aspect de taches jaunes, couleur peau de chamois, d'une dimension qui varie de 5 à 15 millimètres, qui siègent le plus souvent à l'angle interne de l'une des paupières, et plus fréquemment à la paupière supérieure de l'œil gauche. La peau n'est pas épaissie ; l'épiderme est intact, et il n'y a pas de douleur. Le développement des taches est insensible et progressif, sans réaction générale.

La forme tuberculeuse (*Vitiligoidea tuberosa, ou Xanthoma Xanthelasma tuberosum*) est constituée par des nodosités jaunes, à surface lisse, et parfois entourée d'une auréole rouge. Leur volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'un grain de chènevis ou même d'un pois.

Rares aux paupières, elles se développent surtout au menton, aux oreilles, au cou, à la face palmaire des mains et à la face plantaire des pieds, aux fesses, au tronc, à la racine de la verge et au cuir chevelu. On les a signalées aussi sur les muqueuses, notamment sur le bord libre des lèvres. Comme la forme plane, la forme tuberculeuse ne s'accompagne d'aucune réaction générale, à part quelques engourdissements qui peuvent gêner la marche et le travail manuel.

Une fois développée entièrement, la maladie reste stationnaire et rebelle à tout traitement autre que l'ablation. Son étiologie est des plus obscures ; les auteurs ont été seulement frappés de la coïncidence fréquente de l'ictère. Tel est le cas du malade de M. Hillairet. C'est un emballeur de 42 ans, ne présentant aucun antécédent d'aucune sorte, sauf un rhumatisme articulaire aigu à 26 ans. Entré le 1er octobre dernier à Saint-Louis, il offrait un ictère chronique de moyenne intensité, dont le début remontait a seize mois. Cet ictère s'accompagnait d'un prurit assez intense. Ni sucre, ni albumine dans les urines qui renferment seulement un peu de pigment biliaire. Le volume de la rate était normal, mais le foie était sensiblement hypertrophié. En outre, le malade est atteint d'un xanthélasma généralisé, de forme plane aux paupières et au prépuce, de forme tuberculeuse sur tous les autres points du corps, particulièrement à la paume des mains, où les élevures sont confluentes. Dans cette ré-

gion, la sensibilité est tellement exquise, qu'elle empêche le malade de se livrer à aucun travail. La pression sur les tubercules détermine une douleur analogue à celle des névromes.

II. — Les recherches histologiques, faites par M. Chambard sur des lambeaux de peau provenant de ce malade et de deux autres, l'ont conduit aux conclusions suivantes :

Les lésions cutanées du xanthélasma consistent en un double processus irritatif et régressif : identiques au point de vue clinique, les deux formes principales de cette affection le sont encore au point de vue histologique.

Le processus irritatif se traduit dans la forme plane, par la tuméfaction trouble des cellules conjonctives et la prolifération de leurs noyaux, dans la forme tuberculeuse, par une sclérose du tissu conjonctif dermique, des parois artérielles, de la capsule fibreuse, des glandes sudoripares et du tissu conjonctif péri et intra-fasciculaire des nerfs.

Le processus régressif est caractérisé par la transformation graisseuse des cellules conjonctives, qui est surtout prononcée dans la forme plane.

Les altérations des nerfs expliqueraient suffisamment les picotements qui précèdent et accompagnent l'éruption des tubercules. Les douleurs que la pression de ces tubercules fait ressentir aux malades, ne sont pas sans analogie avec celles des cicatrices douloureuses et des fibromes des nerfs sous-cutanés. GASTON DECAISNE.

Sur la « piedra », nouvelle espèce d'affection parasitaire des cheveux. Note de M. E. DESENNE (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 1er *juillet* 1878).

Dans cette affection, qui sévit sur les naturels de la Colombie, les cheveux présentent de petites nodosités très dures, visibles à l'œil nu et assez régulièrement espacées. L'examen microscopique de quelques échantillons de cheveux ainsi affectés a montré à M. Desenne que ces nodosités représentent des amas cellulaires, et que les parties non renflées du cheveu sont entourées de petits bâtonnets articulés. Peut-être ces bâtonnets sont-ils le mycélium du cryptogame qui forme l'agrégat cellulaire des nodosités. M. D.

De la trichoptilose, par RŒSER (*Annales de Dermatologie*, 1877-78, *t. IX, p.* 185).

Sous ce nom composé par Littré sur les indications de Devergie, l'auteur décrit une affection qui se caractérise ainsi :

Le malade s'aperçoit un jour que les poils de ses cheveux (Devergie) ou de sa barbe tombent avec la plus grande facilité sous le peigne et que certaines places sont presque dénudées. La barbe semble avoir été brûlée (Hebra). Les poils sont secs, ternes, friables, manquent presque tous de racine, sont cassés à des hauteurs inégales et présentent au niveau de la cassure, une dissociation de leurs fibres qui leur donne l'apparence d'une aigrette. Quelques-uns portent dans leur continuité des renfle-

ments remarquables au niveau desquels ils se rompent dès qu'on les tire suivant leur longueur.

Le microscope montre que ces nodosités sont dues comme les houppes terminales à la dissociation des fibres du poil. Sur d'autres points, le détachement des fibres se produisant à différentes hauteurs, les poils présentent une apparence barbelée, grossièrement plumeuse.

Il est facile de reconnaître dans la déformation nodulaire des cheveux l'altération décrite par E. Wilson sous le nom de clastotrix, affection dont il revendique pour lui le mérite d'avoir donné la première description (1849), et qui plus récemment étudiée par Beigel (1855) sous le nom de gonflement et d'éclatement des poils, a été dénommée par Hebra, trichorexis nodosa. L'altération plumeuse n'est autre que le Lepotrix d'E. Wilson.

Le côté véritablement nouveau de ce mémoire est la relation établie par l'auteur entre la trichoptilose et certaine variété de la pelade achromateuse. « Sur moi-même, dit-il, atteint tout à coup un jour d'une plaque de pelade achromateuse de 2 à 3 centimètres j'avais constaté depuis six à huit mois l'existence d'une trichoptilose pour laquelle je n'a-n'avais fait d'autre traitement que l'épilation des poils altérés. » Sur quelques malades atteints de pelade achromateuse très circonscrite l'observation a montré le même processus.

Comme l'auteur le dit lui-même, il est nécessaire avant de se prononcer d'attendre des faits nouveaux. *A priori* la relation indiquée n'a rien d'inadmissible. Il n'est pas rare dans la pelade ophiasique de rencontrer sur les poils malades des renflements de distance en distance. — Peut-être l'observation de l'auteur s'applique-t-elle particulièrement à la maladie peu connue, dénommée par Bazin fausse pelade. On sait que cette affection ne se distingue de la pelade vraie que par la présence de poils cassés à la périphérie de la plaque malade. Bazin, pour cette raison en faisait une variété de la teigne tondante; mais nous y avons vainement cherché, à plusieurs reprises, les parasites caractéristiques de cette maladie.

H. DANLOS.

Considérations sur la nature et le traitement de la pelade, par A. LETURC (*Thèse de Paris*, n° 363, 1878).

Dans une revue rapide à la fois historique et critique, l'auteur énumère les opinions différentes émises sur la nature de la pelade et résume les recherches récentes dont cette affection a été l'objet. Il en conclut qu'elle n'est pas parasitaire, et comme conséquence que son traitement par l'épilation est irrationnel. L'indication thérapeutique est d'exciter la vitalité du cuir chevelu par la rasure fréquente et les agents irritants :

Ammoniaque, huile de croton, cantharide, essence de térébenthine, etc. — L'auteur reconnaît à la cantharide une supériorité réelle sur les autres irritants et préconise avant tout son emploi suivant les règles posées par le Dr Vidal dont il formule ainsi le traitement :

1° Raser la tête tous les deux jours;

2° Mettre tous les cinq ou six jours sur la partie malade un vésicatoire. Avoir soin de le retirer dès qu'il occasionne de la douleur, ce qui demande

environ cinq ou six heures. Au bout de ce temps l'épiderme glisse sous le doigt. — Cela suffit pour exciter la vitalité des cheveux;

3° Faire tous les matins des lotions avec de l'eau de feuilles de noyer dans laquelle on ajoutera une cuillerée à bouche de rhum;

4° Toniques tels que vin de gentiane, vin de quinquina.

La durée habituelle de ce traitement serait de trois mois, tandis que par l'épilation elle est de treize mois en moyenne. H. DANLOS.

A new method of permanently removing superfluous hair (Nouvelle méthode pour enlever définitivement les poils superflus), par Duncan BULKLEY (*Archives of Dermatology, p.* 287, *octobre* 1878).

L'insuffisance reconnue des épilatoires a conduit l'auteur à imaginer cette méthode qu'il a déjà employée avec succès chez quatre jeunes femmes.

Les instruments nécessaires sont une pince épilatoire fine à mors plats et une petite aiguille droite, rigide, solidement emmanchée, de forme triangulaire, à bords bien tranchants.

L'opération se pratique de la manière suivante:

Serrant sa pince de la main gauche, le médecin saisit un poil et de l'autre main insinue la pointe de son aiguille dans l'orifice du follicule.

Dans un deuxième temps il arrache le poil et simultanément plonge son aiguille au fond même du follicule pileux. On sent, paraît-il, avec un peu d'habitude l'instant précis où l'aiguille touche le fond ; et d'ailleurs on peut le dépasser légèrement sans inconvénient.

Le troisième temps consiste à déchirer, par des mouvements de rotation imprimés à l'aiguille, les parois du follicule, de manière à déterminer dans toute la hauteur une inflammation oblitératrice.

L'aiguille retirée se montre couverte de débris épithéliaux, et bientôt après, une gouttelette de sang ou simplement de sérum apparaît à l'orifice folliculaire; ainsi pour chaque cheveu.

L'opération dit l'auteur, n'est pas très douloureuse, et les femmes la supportent facilement. On ne peut traiter en une séance plus de 35 à 40 poils; les yeux, les mains et les nerfs de l'opérateur, le courage des opérés ne permettent pas davantage.

Il faut donc que malades et médecin s'arment de patience d'autant plus que la moitié tout au plus des poils extirpés le sont d'une manière permanente. Souvent, en effet, la pince arrache simultanément deux ou plusieurs poils; la pointe de l'aiguille, manque l'entrée du follicule ou n'y pénètre qu'à une profondeur insuffisante. H. DANLOS.

Parasites végétaux dans certains pityriasis, par VIDAL (*Gaz. méd.*, *n°* 4, 1879).

M. Vidal a constaté des champignons, dans les squames du pityriasis rosé, et dans celles de l'eczéma marginé (Hebra), que l'on observe particulièrement à la face interne et supérieure des cuisses. Ce parasite est bien distinct du trichophyton et du microsporon. M. Malassez, qui l'a étudié de son côté, dit qu'il se rapproche du champignon trouvé par lui dans le pityriasis simple du cuir chevelu, champignon constitué par des

spores petites, sans mycélium et sans chapelets de spores. L'éruption cutanée est-elle sous la dépendance du parasite? Le parasite n'est-il qu'un élément accessoire ? C'est ce que M. Vidal et M. Malassez ne peuvent pas encore décider. TROISIER.

Des lymphangiectodes, par TILBURY FOX (*Path. Soc.; Med. Times and Gaz.*, 26 *octobre* 1878).

Le sujet de cette observation est un jeune homme de 21 ans qui naquit avec deux grands nævi maternels sur la cuisse gauche, et qui depuis n'ont subi aucune modification. A l'âge de six mois, les veines du mollet gauche commencèrent à se dilater; elles y forment maintenant un nævus du volume d'une noix. A l'âge de deux ans un certain nombre de petites excroissances verruqueuses se formèrent sur la peau de la fesse et de la région poplitée gauches et du pourtour de l'anus. Ces excroissances augmentèrent rapidement de volume. Aujourd'hui la jambe et la fesse gauches et la région anale seulement sont le siège de lésions. On voit quelques petits nævi sur le membre inférieur gauche; de plus entre les fesses depuis la base du coccyx jusqu'au devant de l'anus, sur la fesse gauche et dans la région poplitée, on remarque des excroissances verruqueuses d'apparence condylomateuse, formées par des vésicules volumineuses placées les unes à côté des autres et enveloppées par une capsule résistante. Ces excroissances ressemblent à du frai de grenouille et présentent une coloration rosée. Les excroissances situées au pourtour de l'anus ont un aspect plus verruqueux et irrégulier; celle qui est située sur la fesse est grande comme la paume de la main et fait une saillie au-dessus de la peau de plus d'un centimètre; celles qui se trouvent dans la région poplitée, au nombre de trois ou quatre, ont le volume de la moitié d'une noix. La pression ne modifie pas le volume de ces tumeurs. Les vésicules n'ont aucune tendance à se rompre spontanément; mais quand on les ouvre il s'en écoule un liquide visqueux, clair, transparent, contenant des leucocytes et quelques éléments cellulaires vésiculiformes. Les tumeurs sont formées par du tissu conjonctif et des vaisseaux sanguins très nombreux; les veines surtout sont nombreuses; elles sont dilatées et forment un plexus serré à la surface de la peau. Les tractus lymphatiques sont bien visibles et plus grands qu'à l'état normal; les vaisseaux lymphatiques, par place très distincts des veines, sont dilatés et forment de larges espaces, qui se dilatent à leur partie supérieure dans les couches superficielles du derme et y forment des kystes qui, à l'œil nu, se présentent sous forme de vésicules à la surface de la peau. Les glandes et leurs conduits sont un peu hypertrophiés, mais n'ont pas subi d'autre altération. Les cellules profondes de la couche de Malpighi sont pigmentées; la couche de Malpighi est déplacée et amincie au niveau des vésicules. La paroi de celles-ci est formée par une mince couche de derme et par les papilles. Les vésicules et les espaces lymphatiques situés au-dessous sont tapissés par un endothélium. Ils contiennent des cellules lymphatiques. Il n'existe aucune communication entre les vésicules et les vaisseaux sanguins. Le tissu lymphatique est plus abondant qu'à l'état normal. Cette maladie ressemble jusqu'à un certain point à celle qui a été décrite par Virchow sous le nom d'*Elephantiasis telangiectodes*. Les vésicules ne résultent pas d'une dégénérescence kystique de nœvi préexistants. L'auteur a étudié le développement des excroissances depuis le moment de leur apparition, et il est certain que les vésicules s'étaient formées alors que les vaisseaux sanguins qui les entouraient étaient sains. Ce n'est que plus tard que ces derniers se sont dilatés. J.-B. H.

Two cases of port-wine mark heated with a wiew to obliterating the mark without sear (Deux cas de traitement des taches de vin de la face ayant pour objet d'effacer la tache sans laisser de cicatrice), par BALMANNO SQUIRE (*Medical Society of London, Brit. med. Journ., p.* 865, 15 *juin* 1878).

Le Dr Balmanno Squire, encouragé par son traitement chirurgical du lupus, s'adresse au même moyen pour guérir la *tache de vin* de la face.

Il recommande l'emploi de scarificateurs à lames parallèles. Ce moyen thérapeutique exige de nombreuses séances et l'auteur relate des succès assez encourageants. A. G.

Eritema nodoso (Erythème noueux), par CAMPANA (*Movimento med. chirurg.*, 1878).

On peut distinguer dans le groupe des érythèmes : 1° l'érythème simple (roséole); 2° l'érythème polymorphe et noueux ; 3° l'érythème pellagreux ; 4° l'érythème épidémique (Alibert); 5° l'urticaire. Presque toutes ces variétés présentent des rapports intimes en ce qui concerne le processus anatomique. L'auteur a déjà montré dans un autre travail les liens de parenté qui unissent l'herpès iris et l'érythème polymorphe.

Il cherche à les montrer entre ce dernier et l'érythème noueux. Le point le plus intéressant de sa description est l'examen anatomique dont les résultats peuvent être résumés de la façon suivante : léger gonflement des faisceaux conjonctifs ; infiltration d'éléments lymphoïdes le long de ces faisceaux, dans les espaces conjonctifs, et surtout autour des vaisseaux, des glandes et des follicules ; enfin, petits épanchements sanguins, sans lésion apparente des vaisseaux, dans les espaces conjonctifs. Ces diverses altérations rendent compte du processus : il y a d'abord passage des globules blancs dans les espaces conjonctifs, puis hémorrhagie par diapédèse, compression des troncs artério-veineux par suite de l'infiltration des éléments sanguins dans le tissu conjonctif et enfin œdème cutané.

L'auteur croit comme Hebra, qu'on peut considérer l'érythème comme une forme de lymphangite ; les lacunes du tissu conjonctif, origines du système lymphatique sont, en effet, le siège des altérations primitives.

F. BALZER.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

La syphilisation, par Auzias TURENNE (1 *vol. in*-8, *Paris*, 1878).

L'ouvrage posthume du Dr Auzias Turenne n'est pas une œuvre nouvelle. C'est une réimpression faite conformément au vœu de l'auteur et

par le soin de ses amis de ses écrits antérieurs : cours à l'école pratique, communications aux sociétés savantes, opuscules, lettres, articles de journaux, etc. A l'exception de sa thèse inaugurale, toutes ses publications y sont reproduites *in extenso*. Les exécuteurs testamentaires ont eu l'heureuse idée de joindre à chacune d'elles, à titre de renseignements complémentaires, des extraits empruntés aux journaux, lettres et discussions académiques dont elles ont été l'objet. Une biographie d'Auzias Turenne, son testament, le procès-verbal de son autopsie, sont les seules parties inédites de ce *volume*.

En parcourant l'ouvrage, on peut se faire une idée des qualités originales, du talent de polémiste et de l'énergique conviction de ce hardi novateur ; on y voit, outre l'exposé complet de sa doctrine sur le virus syphilitique et son emploi thérapeutique, la part considérable et trop généralement méconnue, qu'il a prise à la découverte du caractère contagieux des accidents secondaires. Il s'agit de faits anciens, maintes fois analysés ; nous croyons inutile d'en faire ici un résumé analytique qui ne serait qu'une reproduction.

On trouvera dans ce volume des documents importants sur les questions suivantes :

1° La syphilis et toutes les questions qui s'y rattachent ;

2° La vaccine, son histoire, ses rapports avec les maladies vaccinogènes des animaux, la variole, la syphilis et le résumé des discussions académiques dont elle a été l'objet ;

3° Les maladies virulentes en général, et plus spécialement le charbon, la rage, les maladies contagieuses des bêtes bovines, etc. ;

4° Divers sujets de médecine et de chirurgie ; migraine, choléra, tumeur et fistule lacrymale, blennorrhagie, diphthérie, gale, empoisonnement par la belladone, emploi de l'ail dans l'affection phymique ;

5° Enfin des Ephémérides : on sait que sous ce titre et avec la signature *Almanach du vaccinateur*, Auzias Turenne a publié dans divers journaux de médecine des notices historiques, biographiques, critiques. Ce sont ces morceaux détachés, déjà imprimés ou manuscrits, qui ont été réunis sous cette rubrique : *Éphémérides*.

Une table alphabétique des auteurs, avec indication des pages où ils sont cités, permet de se rendre compte très rapidement de la position prise par la plupart des médecins contemporains dans les débats soulevés à propos des questions étudiées dans cet ouvrage. H. DANLOS.

Zur Lehre von der hereditären Syphilis, par G. BEHREND. Société de médecine de Berlin, 31 octobre 1877 et discussion consécutive : SIMON, HENOCH, BAGINSKY, LITTEN. (*Berlin. klin. Wochensch.*, *n°* 10, *p.* 140, 11 *mars* 1878).

L'auteur appelle l'attention sur une forme de syphilis héréditaire qu'il a rencontrée chez plusieurs enfants et qu'il désigne sous le nom de syphilis hémorrhagique des nouveau-nés. Elle est caractérisée par des ecchymoses cutanées et par des hémorrhagies qui se font par le nombril après la chute des restes du cordon ombilical. Ce purpura et cette omphalorrhagie syphilitiques peuvent survenir ensemble ou isolément.

Behrend a observé le premier cas de purpura syphilitique chez un

enfant à terme, doué d'embonpoint et venu au monde avec une syphilide squameuse; lorsque celle-ci disparut, on vit se produire de nombreuses pétéchies de la grosseur d'une tête d'épingle qui cédèrent à l'usage prolongé des bains de sublimé prescrits dès la naissance du petit malade; le même enfant présentait une eschare de la tubérosité sciatique droite qui se cicatrisa; néanmoins, parvenu à l'âge de 14 mois, il succomba au milieu des symptômes d'une hydrocéphalie interne.

Chez un second enfant, qui, bien que né à terme et avec un embonpoint satisfaisant, succomba immédiatement après de vains efforts respiratoires, il existait un grand nombre de pétéchies et d'ecchymoses disséminées sur tout le corps, et l'autopsie révéla une syphilis des poumons, du foie, de la rate et des os.

Behrend a trouvé plusieurs faits analogues dans la littérature médicale, mais leurs auteurs ne les ont en général pas rattachés à la syphilis.

L'omphalorrhagie syphilitique semble plus rare que le purpura : Behrend en a vu 5 cas, dont 3 dans une même famille, sur 3 enfants successifs. Le second enfant se signalait en outre par un développement excessif du tissu adipeux et par des desquamations de l'épiderme de la paume des mains et de la plante des pieds. Le père avait une syphilide cornée palmaire. Le troisième enfant, qui était cachectique, eut à la fois des ecchymoses cutanées et des hémorrhagies ombilicales.

Deux autres exemples, qui lui ont été communiqués par Seemann, concernaient des jumeaux paraissant en bonne santé et allaités par une nourrice.

Simon fait remarquer que les hémorrhagies ne sont pas propres à la syphilis héréditaire, qu'on les observe également dans la syphilis acquise des adultes. Mais on peut mettre en doute que la diathèse hémorrhagique soit un symptôme de la syphilis plutôt qu'un simple indice de la cachexie.

Henoch est aussi d'avis que les faits rapportés par Behrend ne sont pas assez probants pour admettre une syphilis hémorrhagique. Les hémorrhagies sont communes même chez les enfants cachectiques qui ne sont pas syphilitiques.

Baginsky cite un cas de melæna des nouveau-nés qui s'est produit 3 ou 4 semaines avant l'apparition des phénomènes syphilitiques. Il ajoute que si l'hémorrhagie eût été sous la dépendance de la syphilis elle n'eût pas manqué de se répéter durant les manifestations spécifiques, ce qui n'a pas eu lieu.

Behrend répète que la plupart des enfants dont il parle n'étaient pas cachectiques, avaient de l'embonpoint et n'avaient aucune lésion cardiaque.

Litten objecte que le tissu adipeux ne disparaît pas toujours dans les cachexies. J. B.

Ueber die therapeutische Verwendung von iodhältiger Ammenmilch (**Sur l'emploi thérapeutique du lait de nourrice iodé**), par **L. LAZANSKY** (*Vierteljahrsschrift f. Dermatologie und Syphilis*, *p.* 43, 1878).

La première partie de ce travail est un résumé historique et critique de l'état actuel de la question. Les publications de Schlossberger,

Duménil, Lewald, Piogey, Périer, Gemmel sont brièvement analysées. La partie originale de ce mémoire est la relation d'un fait observé à la clinique du professeur Pick, à Prague. Il s'agit d'une femme de vingt-six ans, syphilitique depuis deux ans et demi environ et mère d'un enfant de cinq mois qu'elle allaitait elle-même. Chez cet enfant la syphilis héréditaire ne s'était manifestée qu'à la fin du quatrième mois. Il était couvert de syphilides, plaques et papules, dont plusieurs ulcérées. La mère portait également sur la peau des groupes éruptifs de nature syphilitique. (Syphilide tuberculeuse circonscrite?) On se borna pour l'enfant à prescrire des soins de propreté; la mère prit chaque jour, en deux fois, un gramme d'iodure de potassium. Dès le premier jour du traitement la présence de l'iode fut constatée dans l'urine et dans le lait de la mère. Dans l'urine de l'enfant l'iode ne put être mis en évidence que le lendemain matin. La recherche de l'iode se fit à l'aide du sulfure de carbone, du nitrite de potasse et de l'acide sulfurique. Ces expériences ayant été souvent renouvelées, il arriva plusieurs fois que l'iode fut introuvable dans le lait de la mère; sa présence étant facile à constater dans l'urine de l'enfant. L'administration de l'iodure fut ensuite suspendue, et quand on se fut assuré que l'élimination était complète après un repos de plusieurs jours, l'expérience fut de nouveau reprise. Deux heures seulement après ce nouvel essai, la mère n'ayant encore absorbé que 50 centigrammes d'iodure, l'iode fut vainement recherché dans l'urine de l'enfant; mais une demi-heure plus tard sa présence devint très évidente. L'auteur ajoute que la mère et l'enfant guérirent parfaitement et que la sécrétion lactée ne fut aucunement influencée par l'iodure sous le double rapport de la quantité et de la qualité. H. DANLOS.

Ueber Syphilis hereditaria tarda (Sur la syphilis héréditaire tardive), par LASCHEWITZ (*Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis, p.* 269, 1878).

Dans cette leçon clinique, l'auteur affirme l'existence de la syphilis héréditaire tardive; il dit que les accidents qui la caractérisent sont tertiaires d'emblée et en rapporte six observations.

1er *cas.* — Fille de 18 ans. Vue abolie à droite par une névrite optique avec atrophie commençante, et compromise également à gauche. Vives souffrances à redoublement nocturne, sous forme de céphalée et de douleurs ostéocopes siégeant à la face et sur les extrémités. Au cou, cicatrices pigmentées nombreuses, symétriques, dont plusieurs adhérentes au maxillaire inférieur. Ganglions cervicaux et sous-maxillaire hypertrophiés. Premiers accidents à l'âge de 12 et 14 ans. Pas de syphilis acquise. Mère atteinte d'affection osseuse des fosses nasales, avec affaissement du nez, et souffrant également de douleurs nocturnes. Diagnostic porté : syphilis congénitale, traitement en conséquence. L'effet dépassa toute attente; en deux mois tout symptôme morbide disparut, la vue elle-même reprit toute son acuité.

2e *cas.* — Fille de 23 ans, amaigrie, cachectique, développée comme une enfant de 12 ans. Foie énormément augmenté, douloureux, noueux, rate très grosse. Rien sur la peau et les muqueuses. Pas de syphilis acquise; père ayant eu des ulcères aux pieds.

Diagnostic. — Syphilis héréditaire tardive vérifiée par l'autopsie; foie gommeux, lobulé, adhérent au diaphragme; amyloïde ailleurs ainsi que la rate.

3e *cas.* — Garçon de 13 ans, malingre, chétif, jamais d'éruptions, d'ulcères ni d'affections osseuses. Foie douloureux, parsemé de tumeurs, dont plusieurs manifestement fluctuantes, rate hypertrophiée; père syphilitique. Mort du malade par pleurésie aiguë au bout d'un mois. *Autopsie :* Type de foie syphilitique (gommes, adhérences, lobulation). Rate et reins amyloïdes.

4e *cas.* — Fille de 18 ans, affectée de tuméfaction osseuse et d'ulcères des jambes; depuis longtemps mise sans succès à l'usage des anti-scrofuleux. Quelques exostoses grosses comme des noix sur les côtes; exostoses sur les clavicules; radius droit tuméfié; ulcères arrondis d'aspect lardacé sale sur les jambes, épanchement dans le genou droit. Douleurs nocturnes dans les os et le genou droit; viscères sains; pas de syphilis acquise, père syphilitique; disparition des accidents par le traitement spécifique.

5e *cas.* — Jeune homme de 19 atteint de périostite, de syphilides tuberculeuses et d'ulcère gommeux du pharynx. Père syphilitique, pas de syphilis acquise.

6e *cas.* — Jeune fille de 13 ans, atteinte de paralysie incomplète des quatre membres, avec paraplégie cervicale prédominante. Tête tournée à droite par contracture musculaire; mastication, déglutition, respiration normales, vessie et rectum épargnés; sensibilité diminuée dans les parties paralysées, excitabilité électro-musculaire intacte. Pour expliquer ces accidents; tuméfaction de l'axis, affectée d'hyperostose et douloureuse à la pression. L'absence de carie appréciable fit pencher vers la syphilis malgré les dénégations des parents. Guérison complète par le traitement spécifique en 2 mois. Un an plus tard, le père qui de bonne foi ne se croyait pas syphilitique fut atteint d'amblyopie par névro-rétinite double et guéri rapidement par le sublimé.

A propos de ce fait, l'auteur se demande si la syphilis du père n'était pas elle-même de cause héréditaire et si la vérole ne peut se transmettre sans contamination nouvelle aux petits-fils et arrière-petit-fils. Sans se prononcer positivement, il incline vers l'affirmative et conclut qu'il faut étudier la syphilis non plus seulement dans l'individu, mais dans sa race. « Il y a, dit-il, des familles qui méritent à bon droit le nom de pathologiques; on y voit un individu atteint d'épilepsie, un autre d'atrophie musculaire progressive; un troisième est fou, un quatrième est phthisique; et quand on remonte à l'origne du mal, la pathologie répond : syphilis. »

H. DANLOS.

Ueber Vaccinations-syphilis (Sur la syphilis vaccinale), par RIENECKER (*Vierteljaresschrift für Dermatologie und Syphilis, p.* 259, 1878).

On connaît la théorie de Viennois sur la syphilis *ex vaccinâ*. Il admet que la lymphe vaccinale pure prise sur un sujet syphilitique est incapable de donner la syphilis; et que la transmission de celle-ci n'a lieu que dans le cas où la lancette prend sur le vaccinifère un peu de sang avec le vaccin. L'auteur critique cette théorie en se fondant principalement sur les trois raisons suivantes :

1° Les inoculations de sang syphilitique réussissent rarement. Elles ne donnent de résultats positifs que si le sujet infecté est en état de syphilis actuelle manifeste; la quantité de sang inoculé considérable, la surface absorbante étendue et le contact prolongé;

2° Si la théorie de *Viennois* était vraie, vu le nombre des cas où le

médecin faute de précautions mêle sur sa lancette le sang et le vaccin; c'est par milliers que se compteraient les cas de syphilis vaccinale;

3° Bœck a échoué dans ses tentatives pour inoculer simultanément la vérole et la vaccine bien que sur ses vaccinifères affectés de syphilis secondaire il mélangeât à dessein le sang et le vaccin.

La théorie de Viennois rejetée, l'auteur rappelle qu'il en existe une autre due à Gamberini de Florence, qui l'a formulée de la façon suivante: Chez les syphilitiques la base des pustules vaccinales est constituée par un ulcère spécifique recouvert de vaccin. Bien que cette hypothèse ait trouvé dans Köbner un défenseur ardent, personne jusqu'à ce jour n'a réussi à voir ce prétendu ulcère spécifique. L'auteur croit en avoir observé un exemple dans le fait suivant : Une petite fille d'un an, née à terme et saine en apparence, d'une mère syphilitique, avait présenté à deux reprises dans le 2e et le 9e mois de son existence une éruption de syphilide papulo-squameuse. Elle fut vaccinée au bras avec du vaccin pris sur un médecin qui n'avait jamais eu la syphilis. La pustule vaccinale évolua régulièrement; mais à la chute des croûtes, on trouva un ulcère ayant l'aspect d'un chancre infectant (induration, bords à pic, sécrétion peu abondante, engorgement axillaire indolent). Cet ulcère guérit spontanément en 15 jours; une semaine plus tard l'induration elle-même avait disparu. Conclusion : l'auteur se rallie à la théorie de Gamberini et Köbner qu'il résume ainsi :

1° La vaccination chez un enfant peut éveiller la syphilis latente;

2° Celle-ci se manifeste soit sous la forme d'un exanthème généralisé, soit sous l'aspect d'un ulcère induré (chancre huntérien) développé à la base de la pustule vaccinale;

3° Le vaccin pris sur de pareilles pustules ne donne la vérole que si la lancette s'imprègne des produits sécrétés par l'ulcère sous-jacent.

La première des propositions ci-dessus avait été déjà expressément formulée par Viennois.

Relativement à la seconde l'expression de chancre huntérien n'est peut-être pas très exacte. Ces ulcères rentrent plutôt dans la catégorie des pseudo-chancres indurés signalés par Fournier, Clerc, Hutchinson, Lee. C'est une lésion analogue à celles étudiées par Tarnowsky sous le titre : *Irritation u. Syphilis* (*Vierteljahrsschrift*, 1877). On sait que dans ce travail Tarnowsky se basant sur l'expérience et l'observation démontre que l'inoculation d'une matière irritante quelconque (ici le vaccin) sur un sujet syphilitique peut développer au niveau de la place d'inoculation une lésion identique d'aspect avec le chancre primitif et comme lui susceptible de transmettre la vérole.

Au point de vue pratique Rienecker croit avec Köbner que dans les premiers temps, la pustule ne renferme que du vaccin pur, et pense que l'ulcère spécifique n'apparaît qu'après le 7e ou le 8e jour. Il rappelle à ce propos que beaucoup de faits malheureux en France et en Allemagne sont des exemples d'inoculation tardive ; et qu'en Italie, terre classique de la syphilis vaccinale, l'inoculation ne se fait souvent que le 10e ou même le 14e jour.

H. DANLOS.

De la malformation des dents comme symptôme de la syphilis chez les enfants, par BLACHE (*Union médicale*, 21 *janvier* 1879).

L'auteur indique comme caractères de ces malformations spécifiques les modifications suivantes:

Les incisives sont inégales, plus petites, d'aspect gris jaunâtre, pointues ou ébréchées; au lieu d'être plates elles sont souvent rondes, et toujours espacées les unes des autres, ayant plus ou moins perdu leur forme habituelle par une usure précoce due à l'exfoliation de l'émail. Les canines et les molaires sont moins modifiées. En général la malformation existe aux incisives supérieures et aux inférieures; parfois elle n'atteint que l'une des rangées dentaires. H. L.

Der Verlauf einer syphilitischen Erkrankung bei Zwillings brüdern (Évolution de la syphilis chez deux jumeaux), par J. KROWCZYNSKI (*Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis*, *p.* 403, 1878).

L'auteur rapporte longuement l'histoire pathologique de deux frères jumeaux, infectés tous deux de syphilis, par la même femme. L'un eut une vérole grave avec accidents secondaires récidivants, l'autre à peine quelques manifestations constitutionnelles. Même condition de milieu, de genre de vie, de traitement. La raison principale de l'évolution différente de la syphilis chez ces deux frères doit être cherchée, d'après l'auteur, dans la différence de leurs antécédents morbides. L'un (syphilis légère) n'avait jamais eu que la rougeole, l'autre, (syphilis grave) avait été atteint de rougeole, puis d'une scarlatine qui lui avait laissé un œdème assez persistant des extrémités inférieures. Plus tard, il avait eu du rhumatisme articulaire, et ultérieurement une blennorrhagie de 18 mois, rebelle à un traitement minutieux, et pendant laquelle les manifestations rhumatismales avaient reparu de temps en temps. Une deuxième blennorrhagie survenue quelques années après avait duré 13 mois. Enfin il était habituellement dyspeptique, constipé, hémorrhoïdaire, sujet aux migraines et aux insomnies. H. DANLOS.

Étude sur la syphilis contractée à un âge avancé, par Paul DULAC (*Thèse de Paris*, 1878).

Le but de cette thèse, écrite avec verve, est le développement de l'idée d'ailleurs parfaitement exacte que la vérole chez les gens âgés est plus grave que chez les individus jeunes. Rapprochant dans un parallèle ingénieux la vieillesse de l'alcoolisme, l'auteur attribue cette gravité à la vitalité décroissante de l'organisme dont les réactions sont moins énergiques et moins franches.

Prenant ensuite la vérole à ses différentes périodes, il montre que chez l'homme âgé l'accident primitif se complique souvent de phagédénisme; que les accidents secondaires sont plus sérieux; les éruptions plus confluentes; l'anémie syphilitique beaucoup plus profonde; enfin que les accidents tertiaires indépendamment de leur précocité (16 mois en moyenne et souvent moins) ont fréquemment un caractère de confluence

et de malignité exceptionnel à tout autre âge ; et résistent souvent fort longtemps au traitement le mieux dirigé. — Comme thérapeutique l'auteur pense qu'il y aurait avantage pour ménager les voies digestives à administrer le mercure par la méthode sous-cutanée (injections de sublimé), mais ce n'est qu'une indication *à priori*, ce mode de traitement n'ayant pas encore été suffisamment étudié dans ces conditions.

H. DANLOS.

Note sur un cas d'encéphalopathie syphilitique précoce, par TROISIER (*Progrès médical*, 25 *janvier* 1879).

X..., âgé de 29 ans contracte la syphilis vers la fin de novembre 1875. Le 12 décembre il voit paraître sur le prépuce une ulcération qui revêt tous les caractères du chancre infectant, et est cicatrisée le 30 décembre. A ce moment le malade commence à suivre un traitement antisyphilitique (liqueur de Van Swieten).

Le 5 février, il se ressent d'une céphalée qui revient tous les jours entre 5 et 9 heures du soir. Le 14 février on constate en divers points du cuir chevelu de petites tumeurs sous-cutanées, dures, très douloureuses au toucher ; ce sont des plaques disséminées de périostite péricrânienne. Le malade prend du sirop de Gibert. Le 27 mars, les périostites ont disparu ; la céphalée persiste. Le 8 mai, le malade est pris tout à coup de mouvements convulsifs dans le bras droit avec impossibilité de parler, et sans perte de connaissance. L'accès dura 1/4 d'heure. Le 9 mai, accès identique. Le 15 mai, troisième accès, paralysie subite de tout le côté droit, le malade s'affaisse, sans perdre connaissance ; au bout de 20 minutes, la paralysie disparut presque subitement. A partir du 16 mai, chaque jour, vers les 5 heures du soir pareille attaque se reproduit. Vers le 20, les attaques s'atténuèrent ; le côté droit était simplement engourdi, la parole moins embarrassée. A partir du 10 juin, elles disparurent avec la céphalalgie.

Dans le courant de juillet la céphalée revint avec plaques muqueuses dans la gorge. Au mois d'août, iritis double.

Depuis 2 ans 1/2 aucun phénomène nerveux ne s'est montré. L'état de santé est excellent.

M. Troisier admet l'hypothèse d'une périostite intra-crânienne, de plaques de pachyméningite hyperplasique siégeant au voisinage de la troisième circonvolution frontale gauche. H. L.

Atrophie et contracture musculaires de nature syphilitique, par BASTARD (*Union méd.*, 4 *janvier* 1879).

X..., âgé de 49 ans a contracté un chancre induré en 1853, les manifestations consécutives ont été : une laryngite en 1872, des ulcérations aux jambes en 1873, des gommes du cuir chevelu en 1878. La contracture musculaire dont il se plaint a débuté en 1873 : il éprouva alors de vives douleurs surtout la nuit dans le bras gauche ; au moment de l'examen on trouve le biceps du bras gauche un peu atrophié, la circonférence du bras mesurant à la partie moyenne 1 centimètre 1/2 de moins qu'au bras droit, pendant le repos, 2 centimètres 1/2 de moins durant la contraction. Le malade ne peut étendre complètement le bras gauche. Le muscle biceps mesure à gauche 30 centimètres de longueur et 33 à droite. La portion musculaire du

biceps semble indemne, et le raccourcissement serait dû à la rétraction de la portion tendineuse. Le traitement a modifié avantageusement la contracture.

H. L.

Aphasie avec hémiplégie et hémianesthésie droites à forme intermittente chez un syphilitique, par CAIZERGUES (*Montpell. méd., p. 292, oct.* 1878).

Garçon de 18 ans, né de parents syphilitiques, ayant perdu deux frères en bas âge d'accidents spécifiques : atteint lui-même de manifestations scrofuleuses dans son enfance.

A l'âge de 16 ans 1/2, il contracte une blennorrhagie(?) qui laisse après elle une adénite inguinale polyganglionnaire; plusieurs mois après, surviennent des accidents franchement syphilitiques, tels que, angine, érythèmes papuleux et maculeux, iritis.

Un an plus tard, étant en garnison à Béziers, il éprouve des fourmillements, de l'engourdissement dans les membres inférieurs, puis perd brusquement connaissance. Au bout de 36 heures, ces accidents se calment, et la motilité reparaît, plus lentement à droite qu'à gauche.

Nouveaux accidents identiques au premier, les jours suivants : chaque accès entraîne une paralysie des membres, avec perte de la vue, de la parole et de la sensibilité, mais avec intégrité de l'intelligence et des autres sens. Dans l'intervalle des attaques, les fonctions reparaissent, dans le même ordre que précédemment, et l'on peut ainsi noter des alternatives singulières d'aphasie presque totale, et de parole lucide.

Pendant son séjour à l'hôpital de Montpellier, on constata l'état suivant. Le bras droit est totalement paralysé, le membre inférieur du même côté est également très affaibli. Sur les membres paralysés, la sensibilité est à peu près nulle, mais la sensibilité électrique est conservée, voire même exaltée. L'anesthésie sensorielle ne paraît pas correspondre à l'anesthésie tactile.

Du côté paralysé, on n'observe aucun trouble trophique.

Cette observation remarquable doit prendre sa place à côté de celles publiées récemment par M. Mauriac. Dans tous les cas signalés, l'attaque avait débuté brusquement, se compliquant de troubles paralytiques d'abord passagers, puis durables, s'aggravant à chaque retour d'accès. Le point remarquable de cette observation, qui du reste avait déjà été noté sur un des malades de Mauriac, est l'intégrité relative de l'intelligence, et l'absence de perte totale de connaissance même au milieu de l'accès. Il y a là une différence bien marquée avec ce qui se passe dans les accès épileptiques ou même épileptiformes.

Relativement à la localisation de la lésion, l'auteur la place au voisinage de l'insula de Reil, qui, comme on le sait, est en rapport d'une part avec la circonvolution de Broca, de l'autre avec le noyau extraventriculaire du corps strié. Sans oser préciser la nature de la lésion, il croit à de la pachyméningite avec extension de l'encéphalite aux parties sous-jacentes de la région motrice sus-indiquée. Il discute également la question de savoir si en ce cas la syphilis était congénitale ou acquise, et il conclut dans ce dernier sens.

H. RENDU.

Amblyopie symptomatique de syphilose cérébrale, par Ch. MAURIAC (*France médicale, 11 décembre* 1878).

L'importance clinique des troubles visuels liés aux encéphalopathies syphilitiques semble s'être accrue dans ces derniers temps de tout l'intérêt

que présente la recherche des localisations cérébrales. Sous ce rapport, l'observation de M. Mauriac est digne d'attention.

Il s'agit d'un jeune homme, âgé de 21 ans, qui contracta la syphilis vers le milieu du mois d'août 1872. L'incubation dura un mois environ, et les premiers accidents furent des plus légers. Au mois d'avril 1873, huit mois après le début de l'affection, le malade, qui s'était soumis à des doses excessives de sublimé, fut pris de vomissements et de maux de têtes atroces, avec exaspérations névralgiformes. Il y avait de l'insomnie, de la perte de la mémoire et des vertiges, sans paralysie ni convulsions. Cet état durait depuis trois semaines, lorsque, pendant une promenade, ce jeune homme fut pris tout à coup, sans perte de connaissance, d'une aphasie complète avec parésie de la face, du bras et de la jambe du côté droit. Au bout de 24 à 36 heures, il tombait dans un coma complet, interrompu de temps en temps par un délire d'action qui nécessita l'emploi de la camisole de force. Sous l'influence du sirop de Gibert, une amélioration considérable survint au bout de quinze jours; le mouvement revint dans le membre inférieur, puis dans le bras. L'aphasie persista longtemps après l'hémiplégie et ne se dissipa que peu à peu. La mémoire revint, mais le malade fut obligé d'apprendre de nouveau à lire et à écrire : il dut changer de profession et renoncer à la peinture d'imitation pour se faire cocher.

Vers le milieu de l'année 1876, la vue s'affaiblit; les deux pupilles se dilatèrent et devinrent paresseuses. C'est à cette époque que le malade entra à l'hôpital du Midi. A ce moment, le fond du pharynx et le côté gauche de l'isthme présentaient de profondes ulcérations tertiaires. L'aspect de la physionomie était étrange, par suite de la dilatation des pupilles. L'examen des yeux, pratiqué par M. Maurice Perrin, donna les résultats suivants : Des deux côtés, la papille était en voie d'atrophie, et présentait au centre une vaste excavation physiologique avec élargissement considérable du canal vasculaire central. Les veines étaient très grosses, foncées en couleur et sinueuses. Les deux yeux étaient atteints d'hypermétropie et de dyschromatopsie. Les troubles visuels, qui avaient augmenté progressivement, étaient stationnaires depuis quelques semaines.

M. Mauriac, à propos de ce fait intéressant, examine successivement les diverses hypothèses qu'il est possible d'émettre sur le siège précis de la lésion cérébrale qui a déterminé l'atrophie des papilles. Une tumeur assez volumineuse pour comprimer simultanément les deux nerfs optiques au niveau du chiasma aurait certainement intéressé les nerfs adjacents, et alors on aurait vu se produire des déviations des globes oculaires, avec prolapsus de la paupière supérieure d'un côté ou des deux côtés. Pour des raisons analogues, il est difficile d'admettre une lésion des corps genouillés, des tubercules quadrijumeaux ou des couches optiques. L'absence d'hémianesthésie, d'hémichorée et d'hémiopie exclut également l'idée d'une affection de la partie postérieure du pédoncule, ou des bandelettes optiques. Se fondant sur des faits de même genre rapportés par M. Luys, M. Mauriac est plutôt porté à admettre une lésion des circonvolutions frontales. Il est fort probable que, chez son malade, à l'époque de l'attaque d'aphasie et d'hémiplégie droite, la lésion avait eu pour siège principal la troisième frontale gauche. Mais il n'est pas impossible que, depuis, elle ait gagné peu à peu les frontales voisines et atteint les foyers qui sont en communication anatomique et en solidarité physiologique avec les nerfs optiques. Quant à l'existence d'une affection double des yeux, elle s'expliquerait par la présence des fibres commissurales, qui établissent la relation signalée par Luys entre les deux moitiés de l'encéphale.

GASTON DECAISNE.

Syphilis der Trachen und der Bronchien (Syphilis de la trachée et des bronches) par Anton VIERLING (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, *p.* 326, 1878).

Malgré la rareté des cas de syphilis trachéale et bronchique, l'auteur en a rassemblé 46 cas dont il présente le tableau dans son travail.

D'après l'ensemble de ces faits, l'on ne voit jamais dans la trachée la forme légère de la syphilis, mais seulement la forme ulcéreuse, avec ses cicatrices consécutives. Pendant longtemps la maladie ne peut se manifester que par un catarrhe léger, qu'on méconnaît la plupart du temps; mais ce début est difficile à affirmer: les malades n'entrant à l'hôpital qu'à une période avancée de l'affection ou ne réclamant que tardivement les soins médicaux. Elle aboutit généralement à une cicatrice, et au rétrécissement de la trachée.

Mais dans d'autres cas, l'ulcération gagnant en profondeur perfore la paroi trachéale, et donne lieu à l'extérieur à un foyer de suppuration.

D'autres fois, l'ulcère peut perforer un gros vaisseau voisin de la trachée. Le fait a été observé 2 fois par Gerhardt et Keley dans des ulcérations de la bronche gauche; dans les 2 cas, l'artère perforée était la bronche gauche de l'artère pulmonaire. — Quant à l'extension du processus, il peut soit atteindre également l'arrière-bronche, la trachée et les bronches, soit occuper seulement la trachée et les bronches en épargnant l'arrière-bronche. Sur les 46 cas rassemblés par l'auteur, 30 fois il y avait syphilis pharyngienne concomitante, 36 fois la trachée était atteinte avec ou sans participation des bronches, 5 fois les bronches seules étaient malades. La syphilis bronchiale ne dépasse guère les deux grosses bronches; plus loin, elle est rare et ne s'étend jamais au delà des ramifications de troisième et quatrième ordre.

L'âge, le sexe n'ont pas d'influence particulière sur le développement de l'affection.

Sur ces 46 cas, l'auteur en compte 5 ou 6 qu'il rapproche de la syphilis héréditaire.

Les symptômes principaux sont la toux, l'expectoration purulente, une dyspnée progressivement croissante, et de plus, chez les malades atteints de syphilis pharyngée, un enrouement qui va peu à peu jusqu'à l'aphonie. Le pronostic est presque toujours fatal. La trachéotomie même, dans les cas de sténose trachéale, n'a sauvé que 2 malades sur 14. P. OULMONT.

Ein Fall von Phthisis syphilitica (Un cas de phthisie syphilitique), par LANGERHANS (*Arch. für path. Anat. und. Phys.*, *t.* *LXXV*, *p.* 184).

Un jeune homme de 17 ans, tomba malade en avril 1869, d'un catarrhe du sommet du poumon droit avec expectoration sanguinolente. Pas d'antécédents héréditaires, pas de maladie grave dans l'enfance. Depuis quelques jours, le malade avait constaté une légère tuméfaction indolore de la région inguinale gauche; il avouait du reste un coït impur, quoique l'on n'ait pu découvrir aucune lésion de la verge. Le professeur Traube, appelé en consultation ne partagea pas les idées de L... sur la nature syphilitique de

l'affection, de sorte que l'on conseilla le séjour dans le Midi (Genève, Menton, Nice), au jeune homme qui passa en effet un an dans ces diverses localités. En automne 1870, il revint à Berlin où l'on put constater la persistance du catarrhe au sommet droit. En octobre, nouvelle hémopthysie, forçant le malade à garder le lit pendant trois semaines. En décembre nouvelle aggravation, toux, fièvre, expectoration sanglante. A ce moment on se décida à employer le traitement mercuriel, avec l'assentiment de Traube, et l'on pratiqua des injections de sublimé. Depuis lors, la guérison est complète. La matité et les signes d'auscultation ont disparu, aussi bien que la tuméfaction inguinale qui avait persisté jusqu'alors. Le jeune homme est à l'heure qu'il est un négociant très actif et très occupé. C. Z.

Phagédénisme tertiaire du pied et phthisie syphilitique, par FOURNIER (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, 2e *série*, *tome VII*, *n*° 47).

Il s'agit d'une femme entrée à l'hôpital dans un état de dépérissement marqué. Les lésions du pied avaient pris une extension énorme et détruit tour à tour le deuxième orteil, puis le troisième, puis une partie du quatrième. Ces orteils s'étaient détachés par lambeaux qui tombaient en poussière, ou que la malade arrachait avec ses ongles. L'aspect général était des plus cachectiques, et la détérioration de l'économie était profonde. Depuis plusieurs mois, il y avait une toux opiniâtre et une expectoration abondante, et l'auscultation révélait l'existence de lésions avancées aux sommets des poumons. En un mot, l'ensemble des phénomènes thoraciques simulait, à s'y méprendre, une phthisie pulmonaire.

Justement frappé par les lésions concomitantes observées du côté du pied, M. Fournier eut l'idée de recourir au traitement spécifique. Bien lui en prit: une amélioration considérable ne tarda pas à se produire, et peu à peu la guérison s'effectua d'une façon complète. Il ressort de ce fait important que les lésions pulmonaires de la syphilis ne sont pas seulement curables à leur première période et dans leurs formes bénignes, mais qu'elles le sont aussi dans les phases avancées. GASTON DECAISNE.

Syphilis ; lésions cutanées (syphilide herpétiforme) et médullaires (parésie); guérison, par BASTARD (*Union médicale*, 29 *octobre* 1878).

X..., âgé de 27 ans, contracte un chancre induré en janvier 1878, au mois de juillet on constate l'existence d'une éruption abondante de vésicules, dont le début remonte à 4 mois. Elles sont disposées en cercles, et forment des groupes espacés sur la poitrine et l'abdomen, rapprochés sur le dos et les membres inférieurs. La surface de la peau, au niveau des vésicules, est de teinte cuivrée, ces vésicules sont indolores.

Deux jours après son entrée le malade urine difficilement, puis ne peut uriner et il faut recourir au cathétérisme ; de même l'intestin paralysé amène la constipation : enfin le membre inférieur droit fléchit sous le poids du corps, tandis que le membre gauche n'a pas perdu de sa force ; en revanche la sensibilité est altérée ; obtuse à la partie externe de la cuisse, elle est abolie à sa partie postéro-interne, à la jambe et au pied. A droite la sensibilité est intacte.

En outre le malade se plaint de douleurs au rachis, et la pression est pénible au niveau des apophyses épineuses des vertèbres lombaires en un point limité.

Sous l'influence du traitement par l'iodure de potassium les troubles uri-

naires et rectaux disparurent d'abord, puis plus tard ceux du côté des membres inférieurs.

M. Bastard insiste sur la rapidité d'évolution de la syphilis : la syphilide herpétiforme se rencontre en général dans la période de transition entre les accidents secondaires et tertiaires et la tumeur intra-rachidienne (gomme ou exostose vertébrale) appartient aux accidents tertiaires. Il insiste également sur la rapide amélioration due au traitement mixte, mercure et iodure de potassium. H. L.

Anatomie pathologique des plaques muqueuses, par CORNIL (*Bull. de l'Ac. de méd.*, 2e *série, tome VII, n*° 32).

Des expériences pratiquées par l'auteur dans son service de l'hôpital de Lourcine, il résulte que l'ablation des plaques muqueuses de l'amygdale ne donne lieu à aucun accident et constitue un moyen des plus favorables aux études.

Il faut distinguer les *plaques opalines* et les *plaques ulcérées*.

Une section de *plaque opaline* montre un épaississement de l'épithélium et une hypertrophie des papilles. Le tissu conjonctif profond est infiltré de cellules nouvelles. Les cellules de la couche épithéliale superficielle présentent autour de leur noyau une cavité qui renferme parfois un ou deux globules de pus. Il y a de plus, dans cette couche, de petits nids de globules de pus, véritables abcès creusés au milieu des cellules d'épithélium, pouvant contenir jusqu'à cent globules de pus et même plus. Aussi, bien qu'elle ne soit ni érodée, ni ulcérée, la surface de la plaque est suintante ; un liquide imprègne les cellules épithéliales. De là l'opacité du revêtement épithélial, qui est la cause de la couleur opaline.

Dans les plaques *ulcérées*, ce revêtement épithélial s'est désintégré sous l'influence du liquide et des globules de pus venus des papilles. Lorsque l'épithélium est complètement tombé, le corps papillaire enflammé forme la base de l'ulcération. Il existe quelquefois une véritable fausse membrane, grise, adhérente, percée de trous et de cavités, et d'un aspect qui rappelle celui de la pseudo-membrane diphthéritique.

Dans tous les cas, les follicules clos de l'amygdale sont enflammés, et l'organe tout entier est hypertrophié. Les sinus lymphatiques périfolliculaires, ainsi que le tissu réticulé, présentent de grandes cellules, à un ou plusieurs noyaux, contenant des globules rouges du sang.

GASTON DECAISNE.

Altération spéciale des cellules épidermiques sur des végétations vénériennes, par LELOIR (*Soc. de Biol.*, *Gaz. méd.*, *p.* 215 *et* 286, 1878).

L'auteur n'a trouvé nulle part mention de cette lésion des cellules épidermiques, qu'il a étudiée sur des végétations vénériennes recueillies à l'hôpital de Lourcine. Elle est constante dans toutes les coupes de végétation d'origine différente que l'auteur a étudiées. Elle siége dans les cellules de la couche intermédiaire de l'épiderme et dans la couche de Malpighi, mais surtout au niveau de la couche intermédiaire. On la rencontre aussi sur les boyaux épithéliaux emprisonnés dans le tissu con-

jonctif du centre de la végétation. Elle consiste dans la formation d'un espace clair, incolore, séparant le noyau du protoplasma ; espace plus ou moins grand (et plus il est grand, plus le protoplasma coloré diminue), au milieu duquel flotte un noyau plus ou moins altéré. Quant au nucléole, il ne présente pas de lésions notables. Cette altération peut être considérée comme une hydropisie spéciale de la cellule épidermique.

Dans une deuxième note, l'auteur insiste sur les différences qui séparent l'altération par lui décrite de l'altération vésiculeuse étudiée depuis longtemps par Cornil et Ranvier. Continuant ses recherches, il a étudié la lésion épidermique sur les plaques muqueuses des grandes lèvres, et a constaté les degrés plus avancés du même travail pathologique sur les plaques muqueuses, sur les végétations vénériennes, enfin sur une coupe d'épithéliome du gland. Ses nouvelles conclusions sont les suivantes :

« En résumé, nous voyons que cette lésion des cellules épidermiques est caractérisée par la formation d'une cavité séparant le noyau du protoplasma (ce qui, dès le début, la distingue de l'altération vésiculeuse), cavité allant toujours en s'agrandissant, finissant par se fusionner avec celles des cellules voisines, pour arriver à former des espaces anfractueux pleins de noyaux, de globules blancs, de granulations, espaces plus ou moins cloisonnés par des tractus filamenteux, restes des parois cellulaires. — Nous voyons encore (ce qui est intéressant au point de vue de la genèse des leucocytes) comment des globules de pus peuvent provenir des noyaux des cellules épithéliales enflammées, comment une inflammation des couches les plus superficielles de l'épiderme peut produire des globules de pus, de véritables phlyctènes. L. G. R.

Causes et traitement du phagédénisme, par THIRY (*Presse médicale belge*, 10 *novembre* 1878).

L'auteur considère le phagédénisme comme le résultat d'un état purement local et nullement d'un état constitutionnel particulier. Le phagédénisme est occasionné par une suractivité spéciale du virus due à une ou plusieurs des trois causes suivantes; 1° inflammation à la base et à la périphérie du chancre; 2° sensibilité excessive du chancre; 3° état torpide du chancre. D'ou trois variétés de phagédénisme :

1° phagédénisme par excès d'inflammation;

2° par excès de sensibilité (hyperesthésie);

3° phagédénisme torpide ou atonique.

Le traitement doit varier suivant la nature de la cause qui a présidé au développement du phagédénisme :

Dans le premier cas, fomentations émollientes et compression.

Dans le second, préparations opiacées.

Dans le troisième, solution de tartrate de fer. A. C.

Ueber die Behandlung der Syphilis mit sub-cutanen Injectionen von Bi-cyanuretum Hydrargyri (Sur le traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de cyanure mercurique), par MANDELBAUM (*Vierteljahrsschrift fur Dermatologie und Syphilis*, p. 201, 1878).

Les avantages principaux de cette méthode thérapeutique sont la rapidité et l'économie.

A la Charité de Berlin depuis l'emploi des injections par le professeur Lewin, la durée moyenne du traitement des syphilitiques s'est abaissée de 10 à 4 semaines. Dans le service de l'auteur la moyenne qui était de 58 jours par les méthodes anciennes (frictions ou mercure à l'intérieur) est tombée à 24 jours, en y comprenant les interruptions de deux ou trois jours qui sont maintes fois nécessaires.

L'auteur a calculé que le prix de revient de 80000 injections est à peu près de 80 florins ; ce qui, joint aux économies réalisées sur le temps nécessaire à la préparation de l'onguent mercuriel et le blanchissage (méthode des frictions), ainsi que sur les journées d'hôpital, constitue en faveur du procédé nouveau un avantage considérable.

Le seul inconvénient de ce traitement est la douleur que provoquent les injections. L'auteur en parle par expérience, car à la suite d'une injection d'essai faite sur lui-même, il ressentit pendant une demi-heure sur le point injecté de fortes brûlures. Il ajoute comme correctif que l'injection était plus forte que celle qu'il emploie d'ordinaire ; et que peu de malades accusent de vives souffrances. Chez quelques individus, les injections déterminent pendant les premiers jours des troubles intestinaux caractérisés par quatre ou cinq évacuations diarrhéiques quotidiennes.

Les abcès ne sont pas à redouter, l'auteur du moins n'en a pas observé d'exemples, si l'on a la précaution d'introduire la canule dans le tissu sous-cutané ; mais on observe fréquemment des nodules indurés sous-dermiques qui disparaissent spontanément.

La stomatite n'est pas plus commune que quand le mercure est administré par la voie buccale, elle est moins fréquente que par les frictions.

Antérieurement l'auteur s'était servi du sublimé dont l'emploi, dit-il, est plus douloureux et expose à des abcès ; mais il ne peut, faute d'expérience, comparer les résultats fournis par le procédé dont il se sert actuellement avec ceux que donnent les injections faites avec l'albuminate de mercure, et les peptones mercurielles. Il fait usage d'une solution contenant 3 grains de cyanure pour 5 drachmes de liquide (soit 0gr,90 0/0) et injecte chaque fois un gramme ou même un gramme et demi de cette solution, ce qui fait un peu plus d'un centigramme, ou d'un centigramme et demi de cyanure. L'injection est pratiquée dans le dos depuis la région sous-scapulaire jusqu'aux lombes, quelquefois sur le trajet de la ligne axillaire.

Le nombre des injections nécessaires pour faire disparaître les manifestations syphilitiques n'a jamais dépassé trente ; et bien souvent, même dans des cas graves, douze ou quinze ont suffi.

En terminant l'auteur cite trois observations de syphilis rebelle aux autres traitements et très rapidement modifiées par ce procédé.

H. DANLOS.

Ueber Quecksilber-Räucherungen (Sur les fumigations mercurielles), par Heinrich PASCHKIS (*Vierteljahrsschrift für Dermatologie and Syphilis*, p. 415, 1878).

Les premiers jours du traitement sont consacrés à l'acclimatation et à des soins de propreté. Suivant l'état de leur peau, les malades prennent un ou plusieurs bains savonneux ; puis on commence les fumigations. Pour celles-ci, le patient entièrement nu s'assied sur un tabouret de bois sans dossier, dont la tablette est remplacée par quelques cordons, et suffisamment élevé pour que les pieds du malade ne posent pas à terre. C'est sous ce tabouret que se place l'appareil à fumigation composé d'une capsule de porcelaine surmontant une lampe à alcool. Autour du malade on dispose une carcasse en treillis de bois, ayant la forme d'une pyramide tronquée, revêtue d'une forte enveloppe de futaine, préalablement mouillée et exprimée pour la rendre imperméable. La fermeture de l'appareil est assurée en haut par un lien passé autour du cou, en bas par des grains de plomb cousus dans l'ourlet qui termine inférieurement l'enveloppe. La charge de l'appareil pour chaque fumigation est de 5 à 15 grammes de calomel ou de cinabre. Quand on emploie cette dernière substance, on dispose devant la bouche du malade une éponge mouillée pour intercepter les vapeurs d'acide sulfureux. La durée de chaque fumigation varie de 10 à 25 minutes. Immédiatement après, le malade est porté nu dans son lit, et enveloppé dans des draps de toile. Il y reste trois heures, puis fait des ablutions fraîches. Ces soins consécutifs ont pour but de remplacer les bains de vapeur que Langston Parker prescrit après les fumigations.

Le nombre des fumigations nécessaires pour obtenir la guérison, n'a rien de fixe. Il est de 20 en moyenne ; l'amélioration est souvent manifeste dès les 6 ou 8 premières.

Sous leur influence le poids diminue souvent de quelques livres, bien que l'état général s'améliore, la médication peut être continuée même pendant les règles.

D'après l'auteur, ce mode de traitement s'applique de préférence aux syphilides généralisées, graves ou légères de la peau. Il agit avec une activité toute spéciale sur les manifestations ano-génitales. Les gommes, le psoriasis palmaire et plantaire, les syphilides des muqueuses sont peu modifiées par lui. Il n'agit que très peu sur l'induration primitive et les engorgements lymphatiques. Ses inconvénients sont ceux de tous les traitements mercuriels et rien de plus. La stomatite est rare, et généralement facile à prévenir par le traitement prophylactique. L'emploi de cette méthode est contre-indiqué dans les maladies de la circulation, spécialement les affections organiques, la dégénérescence graisseuse du cœur, l'athérome ; dans les maladies des voies respiratoires, telles que bronchite chronique, tuberculose, pleurésie, dans les maladies de l'encéphale, l'épilepsie, les affections accompagnées d'une céphalalgie habituelle. L'emphysème pulmonaire modéré, les maladies des organes abdominaux, notamment le catarrhe gastro-intestinal, obligent à quelques précautions, mais ne sont pas des contre-indications.

En recherchant le mercure dans l'urine, l'auteur dit en avoir constaté la présence après la 5e, la 3e et même dans un cas après la première fumi-

gation mais il n'indique ni les précautions prises pour se mettre à l'abri d'une erreur, ni le procédé suivi.

Dix-sept observations sont rapportées à l'appui de cette méthode. Chez un seul malade (*Observation* 11), la syphilis s'est montrée rebelle; les fumigations au nombre de 20 échouèrent comme le reste, et après un traitement de 7 mois, il n'y avait pas d'amélioration.

L'auteur termine par une revue bibliographique des travaux récents publiés sur le même sujet par Polak, Langston Parker, Horteloup, Van Buren et E. S. Keyes. H. DANLOS.

Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique, par H. LELOIR (*Thèse de Paris*, 1878).

La conclusion de ce travail, basé sur un certain nombre d'observations, est la négation de la spécificité du rhumatisme blennorrhagique. L'auteur insiste sur ce fait, que le rhumatisme blennorrhagique se rencontre presque toujours sur des sujets présentant des antécédents rhumatismaux. Il ajoute que le rhumatisme blennorrhagique et le rhumatisme subaigu ne diffèrent en rien ni comme siège, ni comme symptômes, ni comme marche ou terminaison. Seul, l'état de l'urèthre peut le plus souvent permettre de poser le diagnostic rhumatisme blennorrhagique. Il dit enfin que le traitement par le salicylate de soude n'a pas plus d'influence sur le rhumatisme blennorrhagique que sur le rhumatisme subaigu. H. DANLOS.

Des complications cardiaques de la blennorrhagie, par E. MOREL (*Thèse de Paris*, n° 269, 1878).

L'auteur dit avoir réuni, pour écrire sa thèse, toutes les observations publiées. Les premières remontent à l'année 1854, les deux dernières seules sont inédites. Elles ne sont qu'au nombre de treize, ce qui suffit pour montrer la rareté de cette complication. Sur ces treize faits, deux sont des exemples de péricardite; les onze autres sont relatifs à l'endocardite. Toutes les valvules du cœur gauche ont été touchées; mais l'orifice le plus habituellement intéressé est l'orifice aortique. En général la complication cardiaque a été de nature bénigne, ne se traduisant que par des symptômes peu graves qui eussent passé inaperçus si on ne les avait recherchés. Dans deux cas néanmoins (*Obs.* de Lorain et de Desnos, endocardite mitrale) les complications cardiaques ont été assez intenses pour causer la mort à bref délai; et dans un autre (*Obs.* Desnos et Lemaistre), des accidents d'origine bulbaire accompagnant le développement d'une insuffisance aortique aiguë ont mis pendant quelques heures la vie du malade en danger. Ces lésions cardiaques se montrent généralement dans le cours d'un rhumatisme blennorrhagique; néanmoins, dans deux observations (Lacassagne, Marly), il est dit expressément que le rhumatisme a manqué. Sur les treize observations, cinq fois les premières manifestations rhumatismales ont eu lieu à l'occasion d'une blennorrhagie; cinq fois les antécédents n'étant pas indiqués, on ne sait si les malades avaient déjà été atteints de rhumatisme ordinaire;

trois sujets seulement sont notés comme ayant présenté, antérieurement à toute blennorrhagie des attaques de rhumatisme. L'âge ne paraît exercer aucune influence sur le développement des complications cardiaques; il a varié de 23 ans (cas de Lacassagne) à 50 ans (cas de Brandes). Il n'en est pas de même du sexe; tous les malades étaient des hommes.

H. DANLOS.

Du traitement de la tumeur blennorrhagique des bourses, par le pansement ouato-caoutchouté de Langlebert, par HORAND (*Annales de dermatologie*, 1877-78, *t. IX, p.* 265).

Ce mode de traitement de l'orchite blennorrhagique dont l'idée première revient à Langlebert et que l'auteur a employé plus de deux cents fois se fait à l'aide des objets suivants :

1° Une couche épaisse de coton cardé ;

2° Un morceau de toile caoutchoutée rectangulaire de 20 centimètres sur 30, percé près de l'un des bords d'un trou pour le passage de la verge;

3° Un suspensoir de toile, de forme triangulaire, légèrement concave, maintenu par des cordons fixés à ses angles, percé près de sa base d'un trou pour la verge, un peu échancré sur ses bords latéraux.

Les bourses étant relevées le plus possible sur le pubis on applique d'abord le coton, puis le caoutchouc et par-dessus le suspensoir. L'appareil doit rester six ou huit jours en place. Ce temps écoulé on le réapplique; la durée moyenne du traitement est de treize à quatorze jours.

L'avantage principal de ce traitement est la possibilité qu'il accorde aux malades de pouvoir vaquer à leurs occupations. Le premier effet obtenu est un soulagement immédiat. Nous avons vu, dit l'auteur, des malades qui au moment de notre visite souffraient beaucoup, se lever immédiatement après et descendre dans les cours. Il exerce de plus une action résolutive puissante sur la tumeur blennorrhagique. Son heureuse influence s'explique par la réunion de trois conditions qu'il réalise parfaitement : immobilisation, compression, sudation. C'est à la sudation que Horand attache le plus d'importance; aussi dans les cas très aigus cherche-t-il à l'exagérer en saupoudrant le coton cardé avec de la poudre de chaux éteinte et de chlorhydrate d'ammoniaque. (Voy. *R. S. M.*, XI, 205.)

H. DANLOS.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Sulla patogenesi della epilessia (Pathogénie de l'épilepsie), par LUCIANI (*Rivista sperimentale di freniatria e di med. legale, fasc. IV*, 1878).

La doctrine exposée par l'auteur est résumée dans les propositions suivantes: 1° La condition morbide immédiate de l'épilepsie, quelle que

soit sa forme, consiste en une excitation anormale (irritation ou tension) de l'écorce cérébrale, capable de provoquer des troubles paroxystiques spéciaux dans les fonctions des centres psycho-moteurs 2° Cette condition morbide apparaît de trois manières différentes : elle envahit simultanément tout le système cortical, elle se localise en un point circonscrit, elle diffuse successivement d'un point à toute l'écorçe. 3° Quand l'excitation est suffisamment diffuse et étendue, elle peut avoir la forme ordinaire de l'épilepsie, dans laquelle les convulsions toniques et cloniques commencent presque en même temps dans les divers groupes musculaires correspondant aux centres corticaux, se compliquent de la suspension momentanée des sensations et de la conscience, et des autres symptômes connus, précurseurs, concomitants ou consécutifs. 4° Quand l'excitation se circonscrit à l'un des centres moteurs l'épilepsie peut prendre une forme plus élémentaire et consister en convulsions simples, limitées au groupe musculaire correspondant. 5° Quand l'excitation centrale, partie d'un point, diffuse plus ou moins dans la zone motrice, l'accès convulsif peut se présenter dans les divers groupes musculaires avec le même ordre dans lequel les centres moteurs correspondants sont parcourus par l'altération épileptogène. 6° Dans les cas d'épilepsie incomplète, quand l'accès commence dans un groupe de muscles pour diffuser ensuite vers les autres, il est possible de préciser avec une exactitude suffisante le siège ou au moins le point principal de la lésion centrale, étant connue la position des régions corticales qui représentent les centres psycho-moteurs des muscles dans lesquels se limite ou commence l'accès. 7° Dans les cas d'épilepsie rapidement étendue dans tous les muscles correspondant à la zone motrice corticale, le diagnostic du siège de l'irritation épileptogène ne peut être fait à cause de sa diffusion dans le système cortical.

Le côté hypothétique de cette doctrine consiste à admettre que l'épilepsie complète ou incomplète, directe ou réflexe, est toujours d'origine cérébrale.

L'auteur rapporte d'abord les expériences qu'il a faites ; l'une d'entre elles est particulièrement instructive. La zone motrice de l'hémisphère gauche est détruite chez un chien dans sa partie interne et supérieure (centres moteurs des membres et de l'orbiculaire des paupières du côté droit) ; on respecte la partie inférieure et externe (centres des mouvements bilatéraux de la bouche et de la langue, et des mouvements de la face et de la tête). L'animal survit à l'opération ; un tissu cicatriciel se substitue aux parties détruites, et une dégénération descendante se produit. Quelque temps après, l'animal est pris subitement d'accès épileptiques croissants en intensité et en durée, *exactement limités aux seuls groupes musculaires correspondant aux régions demeurées intactes dans l'écorce cérébrale du côté gauche.*

Il semble donc qu'il existe un rapport intime et immédiat de cause à effet, entre la forme circonscrite des accès et la zone motrice incomplète de l'hémisphère. Les accès doivent être rapportés à l'irritation de voisinage déterminée par la rétraction du tissu cicatriciel remplaçant les centres détruits.

L'auteur passe ensuite en revue les expériences de MM. Pitres et Franck, de Hitzig, de Corona.

Il insiste surtout, pour la combattre, sur une doctrine soutenue en Italie par Albertoni et Morselli, en France par Pitres et Franck, en vertu de laquelle le véritable organe central des convulsions épileptiques ne serait pas placé dans l'écorce cérébrale, mais bien dans une autre partie de l'encéphale, en dehors du cerveau.

Cette doctrine se fonde sur les arguments suivants :

1° L'électrisation de la zone motrice d'un seul côté peut procurer des mouvements bilatéraux associés, et même des accès d'épilepsie complets et caractéristiques;

2° Après la destruction de la zone motrice d'un côté et la perte de l'excitabilité de la substance blanche subjacente, on peut déterminer chez les chiens, soit des mouvements bilatéraux, soit des accès épileptiques généralisés, par l'excitation de l'hémisphère opposé (Albertoni, Pitres et Franck);

3° Après la destruction bilatérale de la zone motrice, sauf dans un des côtés le centre du membre postérieur, on peut obtenir un accès généralisé en excitant le centre respecté (Albertoni).

Il résulte de ces faits pour ces auteurs, qu'il existe en dehors du cerveau, dans la protubérance, dans le bulbe et la moelle, des centres d'association motrice, dans lesquels une excitation unilatérale partie d'un point limité, peut être transmise au côté opposé du corps et même généralisée.

Luciani explique d'abord qu'en détruisant l'écorce de la circonvolution post-cervicale (zone épileptogène d'Albertoni), ces auteurs n'ont détruit qu'une portion relativement peu étendue des centres moteurs des membres.

Il reconnaît que les accès épileptiques ne dépendent pas exclusivement et uniquement de l'écorce cérébrale, sans l'intervention d'autres facteurs secondaires, capables de rendre plus diffuse et plus étendue sa manifestation extérieure. Il cite les recherches de Owsjannikof (1873), qui démontrent que les réflexes généraux, c'est-à-dire étendus aux membres non excités, procèdent de la moelle allongée, tandis que les réflexes locaux, c'est-à-dire limités aux membres excités procèdent de la moelle épinière ; d'où il résulte qu'une excitation épileptogène partant de la zone motrice d'un seul côté du cerveau, peut produire un accès bilatéral et général par l'intervention de la moelle allongée. Mais il considère cette intervention comme accessoire et complémentaire du processus, comme inconstante et non indispensable. Il s'appuie principalement sur le fait déjà cité, dans lequel il a vu les convulsions épileptiques augmenter d'intensité au point de tuer l'animal en peu de temps, tout en *restant limitées* au groupe musculaire correspondant au centre moteur qui persistait dans la zone motrice partiellement détruite. La participation du bulbe n'a donc pas lieu nécessairement et constamment dans le processus épileptique, mais seulement dans certaines conditions. Pour Luciani, la zone motrice représente l'organe central des convulsions épileptiques : l'excitation morbide, directe ou indirecte, quels que soient sa cause, son mode de développement, est l'élément essentiel du processus épileptique ; l'excitation morbide de la moelle allongée est probablement un élément accessoire, complémentaire et non constant de ce processus.

F. BALZER.

De la mortalité des enfants des épileptiques, par Hipp. MARTIN (*Annales médico-psychol.*, 1878).

L'épilepsie est une des affections dont l'hérédité est la plus fatale, puisque presque tous les descendants d'épileptiques meurent dans leur enfance, surtout de convulsions, et, parmi le petit nombre des survivants, ceux que l'on voit venir à l'âge adulte sont en infime minorité.

Il est aussi évident que le célibat s'impose à l'épileptique comme une nécessité presque absolue. V. H.

L'amnesia non e carattere costante dell' epilessia larvata, par TAMBURINI (*Rivista Sperimentale di freniatria e di medicina legale*, *année* 1878, *fasc. II et III*).

Contrairement à l'opinion de Samt, de Legrand du Saulle, l'auteur croit que le souvenir des actes accomplis pendant l'attaque d'épilepsie larvée peut rester intact, et il rapporte deux observations à l'appui de cette assertion.

Il appelle l'attention sur ces faits très importants au point de vue de la responsabilité légale. L'amnésie est un signe d'épilepsie larvée presque constant, mais qui peut manquer dans quelque cas. F. BALZER.

Influence curative de la manie sur certaines affections, par SNELL (*All. Zeitsch. für Psychiatrie, Band XXXV, Heft* 4).

Marie S..., âgée de 62 ans, admise en 1874 à l'asile d'Hildesheim, a eu depuis les vingt dernières années, quatorze attaques bien caractérisées de manie aiguë. Depuis son entrée à l'hôpital, elle a eu au moins deux attaques chaque année. En février 1877, après une courte période d'excitation, la malade fut atteinte d'ictère qui alla croissant pendant quelques mois. Le foie était augmenté de volume, les extrémités inférieures étaient œdématiées; peu à peu survint une anasarque généralisée avec hydrothorax et ascite. En juin, l'œdème était si prononcé que la dyspnée était devenue extrême. Sur ces entrefaites, le 12 juin, attaque de manie aiguë qui détermine une diurèse abondante ; peu à peu l'anasarque disparaît, l'ictère s'efface, le foie diminue de volume, et tout était rentré dans l'ordre trois mois après cette attaque.

Après avoir rapporté cette observation dont nous ne donnons que le résumé, l'auteur rappelle que cette influence curative des affections mentales est connue et qu'on a cité de ce fait des améliorations ou des guérisons de phthisie au début, de maladies du foie, de goutte, de rhumatisme, etc. Il fait remarquer que, pendant ces attaques, des malades, auparavant débiles, chétifs, souffrant de troubles de digestions, ont une vigueur temporaire étonnante ; la respiration devient plus ample et plus rapide, les fonctions digestives très augmentées ; la puissance musculaire est accrue ; les sécrétions diverses sont plus abondantes : toutes ces causes doivent avoir une influence évidente. Pour Snell, il n'est pas douteux que cette activité musculaire, considérablement augmentée par

l'excitation mentale, ne produise des modifications profondes dans l'organisme, et partant, ne puisse arrêter l'évolution d'un travail pathologique.

Dans la discussion qui suivit la lecture de ce mémoire à la réunion des médecins aliénistes de la Saxe et de la Westphalie, Hasse a rappelé deux cas d'affections pulmonaires très heureusement modifiés par l'apparition du délire maniaque. A. CARTAZ.

Della influenza del vajuolo sulla Pazzia (De l'influence de la variole sur la folie), Observations cliniques par SEPPILLI et MARAGLIANO (*Archivio italiano per la malattie nervose, fasc. IV*, 1878).

Dans le premier cas, une manie aiguë se déclara en même temps que l'éruption chez une jeune fille de 19 ans d'intelligence médiocre, scrofuleuse, et vivant dans la misère. Incohérence, vocifération, fureur, hallucination, tels furent les principaux symptômes dans les premières périodes de la maladie. Plus tard il y eut des moments de calme, mais la tendance à la guérison semble peu marquée. Dans le second cas, survenu chez un homme de 26 ans, un délire tranquille apparut en même temps que l'éruption, et continua pendant toute la maladie. Il avait cessé pendant la convalescence, quand tout à coup des accès de fureur se déclarèrent et nécessitèrent l'entrée du malade à l'hospice de Milan. Depuis la maladie a revêtu la forme lypémaniaque avec tendance à la démence. C'est également la forme lypémaniaque qui a été observée dans le troisième cas chez une femme de 45 ans, après une variole confluente, et dont le premier symptôme fut une violente céphalée survenue pendant la convalescence : une amélioration marquée s'est produite sous l'influence des calmants et d'un traitement tonique. Enfin la quatrième observation est celle d'un homme de 31 ans chez lequel une manie aiguë avec délire de persécution s'était déclarée à la suite de chagrins et d'excès de boisson. Au bout de trois mois, une variole confluente apparut ; les troubles psychiques cessèrent en même temps que la fièvre et le malade quitta l'asile complètement guéri.

La même terminaison heureuse est également signalée chez les malades qui font le sujet de la première et de la troisième observation : les accidents n'ont persisté que chez le second malade. Les auteurs relèvent ensuite dans une revue très complète les cas analogues qui existent dans la littérature médicale, et les explications qui ont été données de ces influences opposées de la variole. Les uns croient à une infection du système nerveux (Gubler et Simon); les autres à une action révulsive exercée par l'exanthème; d'autres, et spécialement Meriggi, à une action tantôt salutaire, tantôt nuisible exercée par la congestion des centres nerveux, suivant que la folie est en rapport avec leur anémie ou leur hyperémie. Les deux auteurs se rattachent à cette dernière explication : ils ont pu constater à l'aide de l'ophthalmoscope, l'anémie de la papille dans les cas de lypémanie, et son hyperémie dans les cas de manie qu'ils ont observés. Ils font remarquer de même dans les cas de manie, la diminution dans la quantité de l'urine, l'augmentation de sa densité et de la quantité des sels et surtout des phosphates. Dans la lypémanie au contraire, l'urine est plus abondante, moins dense, et pauvre en sels. Ils terminent en disant que le pronostic de ces troubles psychiques consécutifs à la variole est habituellement bénin. F. BALZER.

Des homicides commis par les aliénés, par BLANCHE (*Broch. Paris, Asselin édit.*, 1878).

La méthode suivie par le docteur Blanche dans son travail est absolument louable : contrairement aux errements trop habituellement acceptés en psychiatrie, l'auteur est économe de théories ; c'est surtout avec des faits, des observations qu'il défend sa thèse. *Res non verba.*

Quelle thèse ? La voici en quelques mots :

Il n'existe pas de forme spéciale d'aliénation mentale qui doive porter le nom de monomanie homicide. L'homicide peut être commis par des aliénés atteints d'aliénations mentales diverses, à la condition que les malades soient sujets à des crises d'excitation dites congestives, assez intenses pour qu'ils n'en restent pas à la pensée et qu'ils en viennent à l'acte.

Ces crises, d'intensité et de durée variables, s'accusent par des signes qui doivent exciter la défiance. Lors même qu'elles se dissiperaient sans avoir abouti à un meurtre ou à des violences graves, le devoir du médecin est de se tenir sur ses gardes.

L'alcoolisme et l'épilepsie représentent les maladies à complications mentales dans lesquelles on observe le plus communément l'invasion de ces crises portées à leur plus grande puissance ; ce sont aussi ces espèces où on voit le plus souvent survenir les homicides ; le délire de persécution et la monomanie du suicide en offrent également des exemples assez fréquents.

Enfin, des malades atteints d'affections cérébrales congénitales ou acquises, caractérisées d'abord par des accidents physiques et plus tard par des troubles plus ou moins vagues du caractère ou de l'intelligence (les *cérébraux* du professeur Lasègue) peuvent être disposés à subir des crises d'excitation, et à commettre sous une influence passagère des meurtres ou des actes de violence en désaccord avec leur état physiologique pendant les longues intermissions qui séparent les crises.

Tel est le thème auquel servent de variations un certain nombre d'observations des plus intéressantes qui sont toutes de remarquables rapports émanés des maîtres de la médecine mentale.

Nous nous permettrons de faire un reproche qui passe, d'ailleurs, pardessus M. Blanche, et ne pourrait qu'atteindre la fragmentation obligatoire de l'étude des malades aliénés. Toutes ces observations sont des drames privés du cinquième acte. Que deviennent donc ces aliénés homicides ? Il est probable que l'épilogue ajouterait beaucoup à sa démonstration. Ainsi nous avons vu comment a fini la femme C... qui, en 1871, commit une tentative d'assassinat sur un prêtre de Montmartre et qui fut l'objet du premier rapport reproduit dans le mémoire de M. Blanche. Placée dans les salles du docteur Voisin, à la Salpêtrière, elle se suicida en 1873, après avoir plusieurs fois attenté à la vie des personnes de service.

V. HANOT.

Des signes physiques des folies raisonnantes (État mental de Sandon), études cliniques par LEGRAND DU SAULLE (*Paris, A. Delahaye*, 1878).

Rien n'est plus difficile, rien n'est plus délicat que le diagnostic des folies raisonnantes : il peut être par instants absolument impossible, si

on s'en tient aux seuls symptômes physiques. On conçoit aisément combien il importe de savoir si, en dehors des particularités intellectuelles, l'aliéné raisonnant se révèle encore par un ensemble significatif et caractéristique de signes physiques. Avec Morel, Lasègue, etc., Legrand du Saulle admet qu'il en est ainsi et signale ces signes physiques qui souvent mettent sur la voie de la vérité ou achèvent la conviction.

Ces signes physiques sont nombreux :

Le crâne présente très souvent des malformations : microcéphalie ; crêtes osseuses ; proéminences exagérées sur différents points de la tête ; aplatissement de la région postérieure de la tête (Campagne).

La face présente des anomalies aussi fréquentes et peut-être aussi importantes que celles du crâne : asymétrie de la face ; tics grimaciers; contractions choréiformes partielles d'un des groupes musculaires de la face ou des paupières ; strabisme ; nystagmus ; irrégularités dentaires, étroitesse de la voûte palatine; l'absence de sensations gustatives; l'asymétrie des deux pavillons de l'oreille ou leur implantation vicieuse, et le déplissement de l'oreille, etc., etc.

Les malformations ou les troubles fonctionnels que présentent assez souvent les organes génitaux des raisonnants sont également multiples : exiguïté pénienne ; phimosis ; microrchidie, monorchidie ou anorchidie ; hypospadias, etc.

Parmi les signes physiques, il faut placer encore les suivants; pieds bots ; main palmée ; doigts en massue ; bégaiement ; surdité ; déviations rachitiques, etc.

Les raisonnants peuvent enfin être frappés, dans le cours de leur existence, et n'importe à quel âge, d'accidents encéphaliques. Le caractère et la marche de ces congestions cérébrales ont une signification des plus importantes.

Parmi les observations annexées au mémoire, on lira avec le plus vif intérêt l'observation *in extenso* de Sandon, exemple émouvant et bien instructif de ce que peut être et peut faire un aliéné raisonnant, des embarras de toutes sortes qu'il peut créer au médecin aliéniste. V. H.

Fall von Melancholia religiosa bei Amenorrhea, par Justus SCHRAMM. Société gynécologique de Dresde, 6 décembre 1877 (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 32, *p.* 483, 12 *août* 1878).

Les menstrues, chez cette dame, débutèrent à l'âge de 18 ans. Elles furent d'abord peu abondantes, puis cessèrent complètement un an plus tard, en même temps que se montraient périodiquement des fluxions du côté de la tête, des céphalalgies extrêmement violentes et un état de dépression psychique.

Les dérivatifs, les préparations de fer, et divers emménagogues et l'électrisation de l'abdomen ne purent remédier à ces troubles.

L'enthousiasme religieux, les hallucinations, les envies d'entrer au couvent ne firent qu'augmenter.

Les organes sexuels étaient normaux.

L'application prolongée de courants d'induction sur l'utérus amena à la fois le retour des règles et de la bonne santé antérieure.

Schramm voit dans ce fait l'exemple d'une torpeur des nerfs vaso-moteurs, des ovaires et de l'utérus. J. B

Des rémissions dans la démence paralytique primitive, par BAILLARGER (*Annales médico-psycholog.*, 1879).

1° La mélancolie avec stupeur paralytique et simplement la stupeur paralytique peuvent revêtir les caractères les plus graves et simuler une démence avancée, et cependant être suivies après plusieurs mois de rémissions remarquables ;

2° Quand les symptômes de démence avec quelques conceptions délirantes se développent rapidement, à la première période de la paralysie générale, ils peuvent ne point appartenir à la démence véritable, mais à une *pseudo-démence* constituant un état spécial, non encore suffisamment étudié ;

3° C'est à tort assez souvent qu'on affirme l'existence de la démence dès le début de la paralysie générale d'après certains caractères spéciaux ou qu'on la suppose masquée par la délire maniaque ou mélancolique;

4° Le délire mobile, bavard, contradictoire des paralytiques n'est que la preuve de l'existence de la démence et peut s'expliquer par un état spécial comparable à certains cas d'ivresse ;

5° Le *pseudo-démence* dans la paralysie générale ne peut jusqu'ici être distinguée de la démence variable que par son invasion rapide ou par des signes de stupeur ;

6° Il n'y a pas de rémissions véritables dans la démence paralytique simple à marche lente et progressive. V. H.

De la nature des troubles musculaires dans la paralysie générale des aliénés, par CHRISTIAN (*Annales médico-psychologiques*, 1879).

Il y a dans la paralysie générale un affaiblissement réel des forces musculaires, tel qu'on l'observe dans toutes les affections chroniques, et encore cet affaiblissement n'est pas bien prononcé, puisque 7 fois seulement la force dynamométrique a été au-dessous de 20. Il n'existe aucun rapport constant entre la diminution de la force musculaire et les progrès du marasme. Même à plusieurs mois d'intervalle, pendant lesquels le marasme s'est accentué, le dynamomètre donne sensiblement les mêmes résultats. La maladie ou paralysie générale des aliénés n'est à aucune période de son évolution, une affection de nature paralytique. Jusqu'à la fin, le malade conserve la *volonté* de contracter ses muscles et la *possibilité* de les contracter avec force. V. H.

Paralysie générale et aphasie, par CULLERRE (*Annales médic.-psychol., juillet* 1878).

Il s'agit ici d'un paralytique général, ancien syphilitique, qui a présenté une aphasie dans le cours de sa maladie. Comme l'autopsie n'a pas été faite, on ne sait s'il ne s'agissait pas là en réalité d'une syphilis cérébrale, à forme de paralysie générale, quelles étaient exactement les lésions. Quoi qu'il en soit, l'observation est intéressante. L. Fairet a dit

que l'aphasie ne se produisait jamais dans la paralysie générale : cette opinion est évidemment exagérée. J'ai publié moi-même, en 1878, dans les *Bulletins de la Société de biologie*, un exemple bien net d'aphasie dans le cours de la paralysie générale. Et il ne s'agissait pas bien certainement de syphilis cérébrale où l'aphasie est loin d'être rare, comme Tarnowsky, Mauriac, Fournier l'ont bien établi.

V. HANOT.

Des différentes espèces de rémissions qui surviennent dans le cours de la paralysie générale progressive, par DOUTREBENTE (*Annales méd.-psychol., mars, mai* 1878).

On observe fréquemment des rémissions dans le cours de la paralysie générale progressive. Ces rémissions n'ont pas toutes le même caractère ni la même importance : elles sont complètes ou incomplètes.

Les rémissions incomplètes ont une durée variable ; elles peuvent persister fort longtemps dans la paralysie générale chronique, dite parfois paralysie générale à forme raisonnante, et, dans ce cas, le sujet était préalablement sous le coup d'une prédisposition névropathique.

Les rémissions complètes de courte durée ou intermissions ont peu d'importance. Il y a lieu, au contraire, de tenir compte de celles qui par leur durée peuvent, à bon droit, être considérées comme de véritables guérisons.

Les symptômes les plus fugaces sont : l'agitation, le délire et le tremblement des membres.

L'embarras de la parole, le tremblement des lèvres, l'inégalité des pupilles et un certain degré d'affaiblissement intellectuel persistent plus longtemps. L'embarras de la parole est le symptôme le plus tenace.

V. H.

The morbid histology of the spinal cord in five cases of insanity (Histologie de la moelle dans 5 cas d'aliénation mentale), par RINGROSE ATKINS (*Brit. med. Journ.*, 20 *juillet* 1878, *p.* 96).

Récit très bref au point de vue clinique, mais très détaillé au point de vue anatomo-pathologique et surtout histologique de 5 cas d'aliénation mentale. La moelle fut examinée avec un soin tout particulier, et l'auteur décrit ses préparations de la façon la plus minutieuse. Nous donnons les conclusions qui suivent chaque cas:

1er *cas.*— Sujet de 29 ans, mélancolique, lypémaniaque et très chétif, mort dans un état d'épuisement et de marasme progressifs. *Résultats de l'examen histologique de la moelle :* épaississement légèrement fibreux des vaisseaux et de la névroglie, atrophie et disparition partielle des tubes nerveux à la surface de la substance blanche, dégénérescence des cellules multipolaires et consécutivement à cette dernière lésion, sclérose centrale surtout à la région dorsale supérieure et à la région sacrée.

2e *cas.* — Sujet de 75 ans. Démence et excitations maniaques subaiguës, démarche vacillante, incontinence urinaire constante, mort dans un état de marasme excessif. Résultats de l'examen histologique de la moelle : même

altération, mais plus avancée, des vaisseaux, de la névroglie et des tubes nerveux, que dans le cas précédent, *en plus* atrophie pigmentaire des cellules nerveuses et formation de corpuscules amyloïdes avec prolifération nucléaire.

3e *cas*. — Sujet de 24 ans. Démence, excitations maniaques et tendance au suicide. Etat de faiblesse et de dépression très prononcé, incontinence urinaire et fécale, mort dans le marasme et par suite d'une tuberculisation pulmonaire ultime. *Examen histologique de la moelle :* même altération des vaisseaux, de la névroglie et des tubes nerveux que chez le premier malade, dégénérescence partielle des cellules nerveuses des cornes antérieures et du reticulum nerveux des cornes postérieures, oblitération du canal central et dilatation des espaces péri-vasculaires, surtout à la région cervicale.

4e *cas*. — Homme de 38 ans, paralytique général, mort dans le marasme, paralysies incomplètes des membres avec contracture et diminution des actions réflexes. *Examen histologique de la moelle :* mêmes lésions des vaisseaux, de la névroglie et des tubes nerveux que chez le précédent malade; atrophie et dégénérescence des cellules nerveuses, des noyaux de l'hypoglosse, du pneumo-gastrique, et du glosso-pharyngien, même lésion des cornes antérieures de la moelle, surtout dans la région dorsale, oblitération du canal central.

5e *cas*. — Homme de 38 ans, paralysie générale à marche rapide, hématome, mort dans le coma. Examen histologique de la moelle : lésions identiques à celles du malade précédent.

L'auteur se demande si les altérations qu'il a longuement décrites, et dont j'ai donné une description très succincte, ne seraient pas des dégénérescences secondaires de la moelle, consécutives aux lésions de l'écorce cérébrale, et il rapproche ces dégénérescences de celles qui ont été décrites par MM. Charcot et Pitres. Il pense que les lésions sont susceptibles de se développer chez la plupart des aliénés, pourvu que la maladie dure un temps suffisamment long; dans ces conditions en effet, on voit apparaître de l'émaciation, de la parésie et des troubles plus ou moins étendus de la motilité et de la sensibilité. A. GOUGUENHEIM.

Zur Diagnose der Degeneration der Hinterstränge des Rückenmarks bei paralytischen Geisteskranken (Contribution au diagnostic de la dégénérescence des cordons postérieurs chez les déments paralytiques), par WESTPHAL (*Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrank., t. VIII, Heft* 2, *p.* 514, 1878).

Dans des communications antérieures, Westphal a fait connaître l'abolition du *phénomène du genou* comme un symptôme précoce de l'ataxie locomotrice, liée à une dégénérescence des cordons postérieurs de la moelle. Cette lésion serait, suivant les recherches de Westphal, une complication assez fréquente de la paralysie générale des aliénés, et elle ne se manifeste pas toujours par des symptômes bien accusés. Or, Westphal soutient que chaque fois que chez un paralytique général la percussion du ligament rotulien est impuissante à faire contracter le triceps crural et à produire le soulèvement de la jambe connu sous le nom de *phénomène du genou*, on peut être certain qu'il existe une dégénérescence des cordons latéraux s'étendant jusqu'à la portion lombaire de ces organes. Ce fait, Westphal a eu maintes fois l'occasion de le vérifier sur la table d'autopsies. E. RICKLIN.

Fall von hochgradiger Microcephalie; présentation de la malade, par WILLE à la Société médicale de Bâle, 21 juin 1877 (*Corr.-Bl. f. schweiz. Aerzte, n° 5, p. 140, 1 mars 1878*).

Marguerite Becker, microcéphale, est âgée de 8 ans; elle ne parle pas; ses facultés sensoriales sont à peu près normales, mais ses facultés psychiques sont extrêmement peu développées. Cette enfant est susceptible d'un certain degré d'attention; elle semble connaître ses parents et amis, ce qui permet de supposer chez elle l'existence de quelques traces du discernement et de la mémoire. Elle rit, peut exprimer la douleur qu'elle ressent et montre quelques vestiges de vie morale. Les facultés motrices ne sont mises en jeu que sous le coup de vives sensations et sont principalement de nature réflexe. Son tronc et ses membres sont bien conformés et présentent un développement harmonique. Les grandes fonctions s'exécutent normalement. La pupille droite est habituellement plus large et plus paresseuse que la gauche. Les mouvements de la langue sont défectueux; l'émission vocale se borne à des sons inarticulés. L'oreille est parfaitement normale. Le crâne offre la configuration microcéphalique très accusée et un peu d'asymétrie. On n'observe chez cette enfant aucun autre signe de dégénérescence.

Marguerite Becker n'est pas originaire d'un pays de crétins; ses ascendants, aussi haut qu'on peut remonter, sont sains de corps et d'esprit. Rien d'anormal à relever quant à la conception de cet enfant et à sa vie intra-utérine. Pas de consanguinéité des parents qui sont d'âges inégaux.

Mais 3 des 7 frères et sœurs de Marguerite sont également microcéphales. Elle-même n'a jamais été malade, elle a appris à marcher à l'âge de quinze mois.

La mère prétend que toutes les fois qu'elle a donné le jour à un enfant microcéphale, elle avait, contrairement à son habitude, perçu dès le troisième mois de sa grossesse, les mouvements du fœtus et ressenti de violentes douleurs utérines.

Wille se demande si on ne pourrait pas expliquer ces faits de microcéphalie par un trouble de la nutrition du cerveau déterminé par le tiraillement de ses vaisseaux et les altérations qu'ils ont pu subir en suite des mouvements convulsifs violents et prolongés de l'utérus.

Pour diverses raisons, Wille se refuse à voir ici un phénomène d'atavisme, un retour à l'homme primitif ou au singe; pour lui il s'agit d'un simple arrêt de développement tenant à des causes individuelles et portant surtout sur le cerveau.

Le professeur Bischoff, de Munich, a eu l'occasion de pratiquer l'autopsie de la sœur aînée, Hélène Becker, qui était également microcéphale. Il a constaté : l'atrophie des lobes frontaux; l'absence de la première circonvolution frontale; l'état rudimentaire de l'insula; le manque de développement de la première circonvolution centrale; la petitesse du corps calleux; l'atrophie du lobe occipital qui ne recouvrait pas le cervelet; lobes pariétal et temporal normaux, mais petits; circonvolutions rares et peu accusées; troubles anatomiques du système artériel cérébral et de l'appareil génital; en somme, un arrêt de développement dans le troisième mois avec développement ultérieur, mais partiel, du cerveau jusqu'au huitième mois, puis état stationnaire définitif.

Bischoff, dans la séance suivante, fait remarquer que dans la pathogénie de la microcéphalie on pourrait donner un rôle à l'enroulement du cordon ombilical autour du cou du fœtus. J. B.

PATHOLOGIE EXTERNE ET CLINIQUE CHIRURGICALE.

Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité, par L. GOSSELIN. Troisième édition revue et augmentée (*Paris*, 1879).

Cette édition accrue d'un troisième volume, renferme un nombre considérable de chapitres nouveaux dans lesquels le professeur expose l'état de la science sur la plupart des sujets qui, depuis la publication des premières éditions, ont attiré l'attention des chirurgiens et provoqué leur discussion. Les deux premiers volumes, qui correspondent à peu près aux deux volumes de la première édition, renferment un fort grand nombre de leçons nouvelles, tandis que, dans le tome troisième, sont traitées des matières qui n'avaient pas trouvé leur place dans l'édition de 1873 et qui complètent les importants travaux de M. Gosselin sur les hernies et les affections chirurgicales de l'anus et du rectum. L'on voit donc qu'il s'agit d'une refonte complète plutôt que d'une réédition; aurons-nous besoin d'ajouter que les qualités éminentes qui ont valu à cet ouvrage un si brillant et légitime succès, se retrouvent dans les pages nouvelles où l'auteur a su partout associer l'esprit d'observation et d'investigation scientifique au sens pratique du chirurgien.

Dans cet exposé sommaire nous ne reviendrons pas sur les leçons qui se trouvaient contenues dans les premières éditions ; nous renvoyons à ce propos le lecteur aux analyses étendues qui en ont été faites par MM. Polaillon et Ch. Périer (Voy. *R. S. M.*, I, 304 ; II, 318). Nous devrons nous borner également à mentionner quelques leçons où l'auteur s'est contenté de reproduire les résultats de travaux antérieurement connus, en nous réservant de signaler les points, trop nombreux pour les limites de cet exposé, auxquels l'édition nouvelle doit son originalité.

Le premier volume, après les leçons déjà connues sur l'observation en chirurgie et les anesthésiques, commence par l'appréciation des nouvelles méthodes de *pansement des plaies :* nous ajournons l'examen des idées que professe M. Gosselin sur ce point, au moment peu éloigné où nous consacrerons à cet important sujet une revue générale.

Le groupe des maladies de l'adolescence s'est accru de l'étude de quelques affections nouvelles. Tout d'abord M. Gosselin a produit une nouvelle preuve à l'appui de ses opinions sur la nature du valgus douloureux, en révélant des faits de *tarsalgie sans contracture* qu'il rapproche de la forme ordinaire de la maladie décrite par lui sous le nom de tarsalgie des adolescents ; il arrive à cette conclusion que la lésion articulaire, dans la plupart des tarsalgies, est primitive, et que les muscles ne se prennent que consécutivement.

tion abondante, au moyen d'un compte-gouttes, d'un mélange d'une partie d'alcool à 90° et de *quatre* parties d'eau. En outre toutes les heures une injection d'eau tiède est faite avec une seringue entre les paupières écartées, et dans l'intervalle même le malade se lave fréquemment l'œil malade avec un linge imbibé d'eau tiède. Dès que la suppuration diminue on rend les instillations plus rares; puis on leur substitue l'emploi d'un collyre au nitrate d'argent faible (0,10 centigrammes, pour 30 grammes). Enfin s'il y a lieu on excise les culs-de-sac conjonctivaux.

Notons un intéressant chapitre sur les *cystites consécutives;* après avoir décrit les cystites du col, auxquelles M. Gosselin conteste cette exacte localisation, et qu'il divise en cystite muqueuse et cystite mucopurulente, il expose en quelques pages le résultat de ses travaux bien connus sur la cystite ammoniacale et son traitement par l'emploi combiné des injections vésicales boratées et de l'acide benzoïque à l'intérieur.

S'il est une opération vulgaire et banale qu'on pourrait presque appeler une opération de petite chirurgie, c'est la ponction de l'*hydrocèle vaginale* suivie d'injection iodée; et néanmoins il est infiniment peu de gens qui connaissent les précautions minutieuses nécessaires pour assurer à la fois son efficacité et son innocuité. Aussi c'est avec raison que M. Gosselin insiste sur les règles non seulement de l'injection, mais de la ponction évacuatrice elle même, comme il l'avait déjà fait dans son annotation de l'ouvrage de Curling. Il aborde ensuite un point encore assez obscur : la fréquence des récidives après l'injection iodée, et il affirme que l'épanchement de retour qui se produit, même lorsqu'il est assez abondant pour s'accompagner de transparence et qu'il persiste au delà du temps qui d'ordinaire suffit à la résorbtion, peut disparaître spontanément dans l'espace de quatre ou six semaines à plusieurs mois. Voici les résultats obtenus par M. Gosselin dans les hôpitaux de 1862 à 1878 : 149 hydrocèles traitées par l'injection iodée ont donné 122 guérisons d'emblée; 14 guérisons après une ponction itérative; 3 guérisons après ponction itérative suivie de suppuration; le résultat dans 4 cas est resté inconnu; 6 malades seulement ont dû être réopérés dont 3 au vin chaud et 3 à l'injection iodée aux 2/3; tous ont guéri.

Le tome troisième contient d'abord les leçons sur les maladies de l'appareil génital de la femme; un cas de *renversement de l'utérus simulant un polype et opéré comme tel*, a fourni au professeur l'occasion d'examiner quels sont les moyens de diagnostic qui permettent d'éviter cette erreur, et par quelle voie opératoire doivent être enlevées les productions de cette nature. M. Gosselin donne la préférence à la section progressive et très lente avec l'écraseur linéaire, en calmant les douleurs très vives provoquées par la constriction qui dure plusieurs jours, au moyen de l'emploi combiné du chloroforme et des injections hypodermiques de morphine.

Parmi les tumeurs, qui font l'objet des cliniques suivantes, nous relevons l'histoire des *kystes congénitaux du cou*, des *productions kystiques de la mamelle*, des *kystes du maxillaire*. A propos de ces derniers, M. Gosselin réagit énergiquement contre l'entraînement avec lequel, dans ces derniers temps, on s'est laissé aller à les considé-

ger comme dépendant toujours soit d'une modification évolutive du follicule dentaire, soit d'une maladie de la dent. Le premier de ces modes pathogéniques ne peut être démontré que dans des cas très rares, et il faut souvent forcer beaucoup les analogies pour rapporter à cette origine des kystes se montrant chez des sujets d'un âge avancé et ne présentant pas de dent incarcérée évidente. Pour ce qui est du second mode, on ne peut l'invoquer dans le cas où la dent est saine et n'est pas ébranlée ; et après avoir montré que dans le cas qui fait l'objet de cette leçon, la dénomination de kyste des racines ou de kyste périostique n'est pas acceptable, l'auteur émet au sujet des productions kystiques de la mâchoire n'ayant pas de connexion immédiate avec les dents, l'hypothèse suivante : « Chez certains sujets, les mâchoires éprouvent au voisinage d'une ou de plusieurs racines, une lésion particulière, variété d'ostéite se traduisant par la formation de sérosité dans l'épaisseur de l'os. Cette ostéite séreuse (M. Gosselin rappelle ici qu'il l'a décrite sous le nom de faux abcès des os) serait un diminutif de l'ostéite purulente que les dents produisent si fréquemment dans les mêmes os. Quand la racine est très altérée, elle occasionne une ostéo-périostite suppurante ; quand elle est moins malade elle fait naître dans le voisinage une irritation qui se traduit par la formation de sérosité et une collection que nous pouvons considérer comme un faux abcès. Somme toute, en présence de ces deux documents : une maladie spéciale aux os maxillaires, et l'impossibilité de trouver l'explication du kyste par une lésion nettement appréciable, il faut bien admettre pour certains cas (M. Gosselin ajoute même, pour le plus grand nombre), la simple lésion de voisinage qui vient d'être décrite. »

Ces développements conduisaient naturellement l'auteur à traiter de la *périostite albumineuse* qui fait l'objet de la leçon suivante.

Tout serait à citer et à analyser dans la série de cliniques consacrées aux *hernies :* elles forment le complément de l'ouvrage publié en 1861 par le même auteur sur ce sujet, ouvrage qui est resté le véritable traité classique des hernies. Dans ces leçons complémentaires M. Gosselin aborde et expose de la façon la plus complète les quelques points relatifs à l'histoire des hernies qui ont été l'objet de travaux récents, et il donne sa statistique, statistique intégrale et la mieux ordonnée assurément de toutes celles qui ont été jusqu'à présent publiées.

Citons tout d'abord les conseils sur le choix et l'application des *bandages*, dans les hernies réductibles congénitales ou acquises. Puis les leçons consacrées à l'étranglement des hernies inguinales à propos desquelles l'auteur rend compte des théories diverses qui ont pour but d'expliquer le *mécanisme de l'étranglement herniaire ;* il ne prend parti pour aucune d'entre elles à l'exclusion des autres et se range parmi les éclectiques qui admettent que la constriction s'opère d'une façon différente dans les grosses hernies et dans les petites, dans les entérocèles et dans les entéro-épiplocèles, lorsque l'anse est complète ou qu'elle est incomplète, etc. Un chapitre des plus intéressants est consacré aux *étranglements inguinaux profonds*, soit ceux des hernies vaginales simples ou congénitales avec ectopie testiculaire, soit dans les hernies acquises, à ceux qui se font à l'anneau supérieur. Enfin l'auteur y range les cas de réduction en masse par le taxis qu'il a pu observer. Les faits nouveaux,

en grand nombre, que renferme cet article viennent à l'appui de cette opinion que la marche de l'étranglement est plus grave et plus rapide quand il s'agit de hernies congénitales, surtout si elles sont compliquées d'ectopie testiculaire ; que le taxis est plus incertain et qu'il peut même être nuisible, ainsi que le prouve une observation de réduction de l'intestin dans une poche accidentelle même après l'opération, observation qui demande à être lue en entier. Nous passons sur les développements que M. Gosselin consacre aux *étranglements inguinaux peu serrés* ou pseudo-étranglements ; sur l'histoire des *hernies crurales* auxquelles il joint l'étude de ces *accidents nerveux* insolites que nous avons le premier observés et décrits sous sa direction ; sur des considérations nouvelles touchant la *hernie ombilicale ;* enfin sur les *épiplocèles* et les accidents auxquels elles donnent lieu.

Qu'on nous permette seulement de donner l'analyse succincte de la statistique comprenant 242 cas de hernies étranglées traitées par ce chirurgien depuis 1844 à 1878 : elle se résume dans les chiffres suivants :

113 hernies inguinales	41 opérés	20 guéris	21 morts.
	67 taxis	64 —	3 —
	5 temporisation	5 —	0 —
104 hernies crurales	82 opérés	48 —	34 —
	22 taxis	21 —	1 —
25 hernies ombilicales	7 opérés	0 —	7 —
	8 taxis	8 —	0 —
	10 temporisation	2 —	8 —
242 hernies	donnant	168 guéris	74 morts.

Prenant seulement le chiffre des opérations, l'on trouve qu'elles ont donné 68 guérisons et 62 morts, soit 52 0/0 de succès, proportion bien plus élevée que celle de Malgaigne, qui n'admettait que 39 0/0 de succès.

Mais, ce qu'il faut faire observer surtout, c'est que si l'on met à part les opérations pratiquées dans les 50 premières heures de l'étranglement, c'est-à-dire en temps utile, cette proportion de succès devient de 60 0/0 pour la hernie inguinale et de 76 0/0 pour la hernie crurale. Quel plaidoyer en faveur de l'opération hâtive, et qu'ajouter à l'éloquence de ces chiffres ?

Nous sommes forcé de mentionner sans nous y étendre les chapitres dans lesquels M. Gosselin décrit les diverses variétés d'*hémorrhoïdes* et les traitements divers qu'il adopte suivant les cas, ligature ou cautérisation par l'acide azotique. Nous indiquons également les leçons sur les *chancres de l'anus* et sur les *rétrécissements dits syphilitiques du rectum* dont M. Gosselin a le premier signalé l'existence et la nature. Le professeur y combat l'opinion exclusive qui voit dans cette lésion une manifestation tertiaire de la syphilis constitutionnelle et, indépendamment des cas où cette variété de rétrécissements est survenue chez des sujets qui ne présentaient et n'avaient présenté aucun autre des accidents de la vérole, il invoque à l'appui de sa doctrine les deux arguments que voici et auxquels l'on n'a pas, que nous sachions, opposé jusqu'à présent de réponse satisfaisante : 1° le rétrécissement syphilitique du rectum est

bien plus commun chez la femme que chez l'homme; 2° il ne guérit, ni à sa période initiale, ni à sa période ultime par le mercure et l'iodure de potassium.

On le voit, M. Gosselin a résumé presque toute la chirurgie dans son ouvrage qui possède un caractère vraiment didactique sans manquer à la définition d'un recueil de leçons cliniques : « la salle d'hôpital et son enseignement vivant et pratique, transportés en quelque sorte dans un livre. »

PAUL BERGER.

Des néoplasmes des ganglions lymphatiques, par G. HUMBERT (*Thèse d'agrégation, Paris*, 1878).

Sous ce titre, l'auteur décrit successivement les tubercules, le lymphadénome, le cancer, et enfin certains néoplasmes beaucoup plus rares dans les ganglions, tels que les gommes, les chondromes et les fibromes. Se basant sur ce que le mot néoplasme n'est pas synonyme de tumeur et signifie à proprement parler une production morbide constituée par un tissu de nouvelle formation, il élimine les lymphangiomes et les kystes, tout en faisant rentrer dans son sujet l'hypertrophie simple qu'il ne croit pas devoir distraire de la question.

Un intéressant chapitre, consacré à des généralités, met en relief les progrès accomplis dans ces dernières années en ce qui concerne l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système lymphatique. On sait, depuis les travaux de His, que les follicules clos, les glandes vasculaires sanguines, le derme de la peau et des muqueuses, renferment un tissu qui présente avec celui des ganglions les plus grandes analogies. On conçoit combien une telle notion a d'importance au point de vue de l'explication des généralisations morbides. Tout en avouant qu'une grande obscurité règne encore sur certains points, on peut dire aujourd'hui que les progrès réalisés sont considérables.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les longs développements qu'il consacre à l'anatomie pathologique et où, s'inspirant des travaux les plus modernes et en particulier de ceux de M. Cornil, il expose le plus complètement possible l'état actuel de la question. Signalons particulièrement l'intéressante discussion à laquelle il se livre au sujet des rapports de la tuberculose avec la scrofule, et de l'évolution des lymphadénomes.

Un chapitre spécial est réservé au diagnostic différentiel des tumeurs ganglionnaires. C'est là un point de la plus haute importance, et l'on sait toutes les difficultés qu'il crée chaque jour, même aux chirurgiens les plus expérimentés. Deux questions se posent, en effet : 1° étant donnée une tumeur, est-elle ganglionnaire? 2° si la tumeur est ganglionnaire, à quelle variété appartient-elle? La première question est généralement facile à résoudre. si, en effet, des tumeurs très diverses peuvent se développer à côté des ganglions, elles n'ont de commun, la plupart du temps, que le siège avec les néoplasmes ganglionnaires.

Une fois que l'on est sûr que l'affection est ganglionnaire, il faut tout d'abord rechercher dans la sphère d'origine des vaisseaux afférents du ganglion affecté si l'on n'y trouve pas la cause de la lésion. Chacun sait combien il est indispensable, en cas d'adénopathie cervicale par

exemple, d'examiner avec minutie la face, les lèvres, les dents, l'arrière-gorge, l'amygdale, le voile du palais, le pharynx, et même le larynx. Ce n'est que lorsque cette exploration préalable n'a donné que des résultats négatifs, qu'on est en droit d'admettre une affection ganglionnaire primitive, dont il s'agit alors de déterminer la nature.

Les lymphangiomes et les kystes sont tellement exceptionnels que ce n'est que par élimination qu'on pourrait y songer. Les gommes se diagnostiquent surtout à l'aide des antécédents. Quant au cancer primitif, il est extrêmement rare et ne doit être admis que par exclusion.

Les ganglions tuberculeux se montrent surtout chez des sujets jeunes, siègent de préférence au cou et s'accompagnent de manifestations scrofuleuses variées. Dans le lymphadénome, le gonflement est généralement unilatéral et indolent; les sujets sont vigoureux, sans antécédents, et la tumeur n'aboutit pas à un abcès ; mais ces caractères ne sont pas constants, et bien des exceptions ont induit les chirurgiens en erreur.

Après quelques considérations sur le traitement médical, l'auteur aborde la question opératoire. En règle générale, il est d'avis de ne pas extirper d'emblée les ganglions tuberculeux, avant d'être bien convaincu qu'il n'y a pas d'autre moyen de faire disparaître la tumeur. Bien entendu, il faut faire une exception pour les cas où la tumeur devient dangereuse par la compression qu'elle exerce sur les parties voisines. Du reste, M. Humbert ne croit pas que les manifestations viscérales de la tuberculose, qu'on voit survenir parfois après les opérations, doivent être mises sur le compte de cette dernière; c'est la maladie qui suit sa marche naturelle. On sait que cette opinion est loin d'être celle de tous les chirurgiens.

Quant aux lymphadénomes, les avis sont très partagés. Tandis que M. Panas et M. Verneuil conseillent l'opération tant qu'il n'y a pas de signes de leucocythémie, M. Trélat est d'avis de ne jamais toucher à ces sortes de tumeurs; en fait, des exemples assez nombreux de généralisation rapide à la suite de l'intervention chirurgicale paraissent lui donner raison, M. Humbert ne va pas aussi loin et croit qu'on peut être souvent utile aux malades en enlevant des productions qui sont une cause d'envahissement direct pour les ganglions voisins; on peut ainsi enrayer plus ou moins la maladie, et prolonger l'existence dans une certaine mesure.

GASTON DECAISNE.

Note sur la température locale des néoplasmes, par CAUCHOIS (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, octobre* 1878).

L'auteur rapporte une observation qui servira, comme l'ont fait celles de M. Verneuil (*R. S. M.*, XII, p. 257), à prouver que certains néoplasmes, même à l'état de simplicité, peuvent donner, par eux-mêmes, origine à une élévation de température.

Dans l'espèce, il s'agit d'une jeune fille de 25 ans, portant, depuis 5 mois, une tumeur à la partie moyenne du bras droit. Santé générale restée bonne.

La température, cherchée, à trois reprises différentes, successivement dans les deux aisselles, avec le même thermomètre, laissé de chaque

côté le même temps en place, a donné aux dates des 27 août, 30 août et 1er septembre : pour l'aisselle droite (côté de la tumeur), 37°,9, 38°,2 et 38°,4 ; pour l'aisselle gauche, 37°,6, 37°,5 et 37°,7.

L'observation a été interrompue par la sortie de la malade.

LANDOUZY.

Note sur les ganglions lymphatiques placés entre la vessie et le rectum de l'homme, sur le trajet des uretères, suivie d'une observation de tuberculisation de la prostate, des deux vésicules séminales, de l'uretère droit et des deux reins chez un enfant de 9 ans 1/2, par LANNELONGUE (*Soc. de chir.*, *p.* 600, 1878).

A l'autopsie d'un garçon de 9 ans 1/2, qui avait succombé à une tuberculisation de la prostate, des vésicules séminales, de l'uretère droit et des deux reins, l'auteur a rencontré une série de ganglions lymphatiques, dans l'espace sous-péritonéal placé entre la vessie et le rectum (aponévrose prostato-péritonéale). Ces ganglions sont au nombre de six, ils ont un aspect rougeâtre, leur tissu est induré. A l'examen microscopique, ils sont manifestement le siège d'une inflammation chronique, et ne sont point envahis par le tubercule. Sans doute, la tuberculisation des organes sus-nommés a été la cause unique de l'engorgement qui les rend ainsi apparents, et il importe de remarquer que l'examen du rectum, fait avec le plus grand soin, n'a fait découvrir aucune lésion dans la muqueuse ni dans les parois. Donc, ces ganglions reçoivent leurs vaisseaux afférents en partie, sinon en totalité, de la région prostatique de l'urèthre, des vésicules séminales et même de la portion terminale de l'uretère.

L'auteur a encore vérifié la présence de ces ganglions sur un autre sujet âgé de 4 ans, mort de tuberculose pulmonaire.

Il est disposé à croire que les inflammations de l'espace pelvi-rectal supérieur, sur lesquelles Richet et Verneuil ont appelé l'attention, ont pour point de départ une adénite, suivie de la suppuration de la couche cellulaire où sont plongés les ganglions, adénite reconnaissant elle-même pour cause une lésion quelconque, si minime qu'elle soit, d'un des organes d'où partent les vaisseaux lymphatiques qui vont se rendre à ces ganglions. L.-G. R.

Note sur les fibromes aponévrotiques et périostiques du tronc, par M. NICAISE (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, octobre* 1878).

Des faits observés et rassemblés par l'auteur, il résulte que l'on est autorisé à réunir dans une même description les fibromes qui naissent en différents points du tronc et qui toujours ont pour origine les plans fibreux, soit les aponévroses d'insertion des muscles, soit les parties fibreuses du périoste. Souvent ces tumeurs ont pour point de départ le lieu d'insertion des aponévroses sur le périoste. Quel que soit leur siège, elles ont la même structure, la même marche ; elles subissent les mêmes dégénérations. Le traitement chirurgical seul variera, selon la région, quant au procédé opératoire (Voy. *R. S. M.*, IX, p. 229). L. L.

On the surgical complications and sequels of the continued fevers. (Des complications et accidents consécutifs de nature chirurgicale dans les fièvres continues) par William KEEN (*Toner lectures, Smithsonian institution, Washington, avril* 1877).

L'auteur passe successivement en revue les maladies des articulations et des os, la nécrose du larynx, les gangrènes, les abcès fistuleux, etc.

Les affections articulaires sont tantôt étendues à un plus ou moins grand nombre de jointures et revêtent alors le caractère rhumatismal ou pyhémique, tantôt limitées à une seule jointure. Ces dernières sont les plus importantes; elles occupent les grandes articulations, coude, épaule, cou-de-pied, genou, et surtout la hanche. Peu douloureuses en général, ces arthrites s'accompagnent d'un gonflement modéré; elles ont pour conséquence, dans un nombre de cas relativement fréquents, la luxation spontanée (27 fois à la hanche sur 43 cas d'arthrite).

La nécrose semble se produire dans deux conditions différentes, soit comme conséquence d'un trouble de vascularisation (thrombose ou embolie), soit comme un effet de l'inanition. La carie et la périostite sont beaucoup plus rares. Le maxillaire supérieur est souvent nécrosé en totalité ou en partie; il peut en être de même des os de la voûte du crâne ou des os des membres.

A propos de la nécrose laryngée et de la périchondrite avec œdème glottique, l'auteur discute surtout le traitement. La trachéotomie doit être faite immédiatement dans quelques cas urgents; elle peut être différée dans d'autres. La crico-trachéotomie doit être préférée quand le cricoïde est malade. L'auteur met en garde contre une cause d'erreur qui entraîna deux fois une mort rapide; l'incision faite, la canule peut pénétrer dans la cavité d'un abcès et non dans la trachée.

Les gangrènes sont parfois la conséquence de pressions prolongées; souvent elles sont spontanées. Il faut distinguer les cas dans lesquels le vaisseau renferme un caillot et ceux où l'on n'en découvre pas; alors, même l'arrêt de la circulation est probable et se fait sans doute au niveau des voies capillaires. Outre ce sphacèle des membres, l'auteur passe en revue les cas de gangrène de la face, des parties génitales, des parois du tronc, etc. Il étudie enfin rapidement les hématomes et la parotidite.

G. HOMOLLE.

Deux observations de kystes de la mâchoire inférieure, par HERBET. Rapport par MAGITOT (*Soc. de chir., t. IV, p.* 410 *et* 437).

Ces deux observations fournissent des enseignements précieux au point de vue de la pathogénie et de la thérapeutique.

Au point de vue pathogénique, ce sont deux kystes développés au sein d'un follicule de dent molaire encore incluse dans le bord alvéolaire, kystes ayant pris naissance au moment où la couronne avait achevé son développement, en d'autres termes, kystes folliculaires de la période coronaire. Dans le premier fait, la transformation kystique du follicule paraît s'être produite spontanément; dans le second, elle a

eu pour cause déterminante un traumatisme violent. Dans les deux cas, le processus a été identique : un liquide pathologique s'est formé au sein même du follicule, il en a distendu la paroi propre qui, devenue paroi kystique, a déplacé dans son expansion le tissu osseux dont il s'est fait une coque plus ou moins mince et dépressible.

La pièce anatomique de la première observation apporte une démonstration nouvelle de la possibilité du développement du kyste multiloculaire d'origine folliculaire incontestable, et elle est de nature à dissiper les doutes qui subsistent encore à cet égard.

Au point de vue thérapeutique, les deux cas présentent un égal intérêt. Chez les deux malades, il y a eu, après ouverture de la poche primitive, récidive de la maladie, ou pour mieux dire, reproduction sur place. Dans la pensée du rapporteur, la continuation ou la reprise du processus pathologique a été due à l'insuffisance du premier traitement, le drainage de la cavité, qui n'a pas été continué avec assez de précaution et de durée. L'ablation totale, à laquelle on a dû recourir, était devenue le seul mode de traitement rationnel.

Magitot cherche à établir, d'une façon générale, comment un kyste des mâchoires de la variété folliculaire peut devenir multiloculaire. Ce mécanisme repose sur trois processus différents : 1° plusieurs follicules sont simultanément le siège de transformation kystique, et la masse comprend un nombre de loges égal à celui des follicules affectés; 2° un follicule isolé, affecté de maladie kystique, se cloisonne intérieurement en un nombre variable de loges, soit communicantes, soit distinctes ; 3° enfin, une masse kystique composée d'un nombre quelconque de loges résulte de l'hypergénèse de follicules frappés simultanément du même trouble de nutrition. Ces trois processus sont établis par des faits enregistrés dans la science, et dont l'auteur donne des exemples qui lui paraissent démonstratifs. Il combat l'idée d'une maladie kystique dans laquelle le tissu osseux deviendrait spontanément le siège de productions kystiques indépendantes de tout processus saisissable. Il insiste, avec Verneuil, sur l'explication tirée de l'hypergénèse des follicules aux dépens des débris du cordon épithélial, organes transitoires comparables aux débris des corps de Wolff qui, eux aussi, sont souvent le siège de kystes ou d'autres altérations pathologiques. On pourrait désigner ces kystes multiloculaires sous le nom de *kystes des débris du cordon épithélial*, ou *kystes périfolliculaires*, ou bien encore, comme le propose M. Marc Sée, *kystes parafolliculaires*. L.-G. R.

Dentigerous cyst of lower jaw ; a broken-down tooth removed some weeks after cure (Kyste dentaire ; perforation par la bouche ; quelques semaines après, extraction d'une dent ; guérison), par HEATH (*The Lancet, vol. II, p.* 877, 1878).

Depuis 9 ans, le nommé C..., agé de 34 ans, est atteint d'une tumeur du maxillaire inférieur. Cette tumeur a évolué lentement, n'entraînant d'autre trouble qu'une déformation prononcée de la face. Depuis quelques mois cependant le malade y éprouverait parfois des douleurs. La tumeur occupe l'angle droit du maxillaire ; elle présente le volume d'une orange. Examinée par l'extérieur elle est dure, lisse, faisant corps avec l'os ; ses limites sont

précises, les téguments qui la recouvrent sont sains. Par le toucher buccal on peut déprimer légèrement sa paroi antérieure.

Opération. — Le point dépressible est ponctionné, par la bouche, avec un gros trocart, mais bien qu'on pénètre dans une cavité assez vaste, il ne s'écoule aucun liquide. Séance tenante on élargit l'ouverture en réséquant un peu d'os. La face interne du kyste est tapissée par une couche d'apparence charnue que le microscope montre formée d'un stroma fibro-celluleux et de petites masses de cartilage hyalin. — Boulettes de charpie.

Suites de l'opération. — Une suppuration abondante s'établit; plusieurs fragments osseux s'éliminèrent; d'autres furent réséqués à plusieurs reprises. Un mois plus tard on découvre, solidement fixée au fond de la cavité osseuse, une dent qu'on enlève avec le davier. Cette dent, qui avait jusqu'alors échappé aux recherches, cachée qu'elle était sans doute par la membrane charnue, présente une couronne bien développée et deux petites racines. — A partir de ce moment la guérison se fit rapidement, l'écoulement purulent se tarit et la tumeur, appréciable à l'extérieur, disparut presque entièrement. V. CAMPENON.

De la suffocation dans quelques cas de fracture double de la mâchoire inférieure, par F.-E. DECROSSAS (*Thèse de Paris*, 1878).

Dans ce travail, l'auteur appelle l'attention sur une complication rare des fractures doubles du maxillaire inférieur. Cette complication consiste en une suffocation qui survient immédiatement après l'accident, et qui est due à la chute de la langue dans l'arrière-gorge; de là un abaissement de l'épiglotte sur l'orifice supérieur du larynx, et une gêne de l'entrée de l'air dans les voies respiratoires.

Cette chute de la langue tient à différentes causes, parmi lesquelles il faut citer : le déplacement du fragment antérieur en arrière, l'action de la pesanteur, l'action du courant inspiratoire, l'action musculaire qui maintient le déplacement. Elle se traduit par une inspiration pénible et sifflante, avec expiration relativement facile; par du tirage, un facies asphyxique, et un bruit de drapeau au niveau du larynx.

C'est d'ailleurs une complication peu grave qui cesse immédiatement après l'application de l'appareil. GASTON DECAISNE.

Observation d'un cas de contusion du thorax avec bruit de moulin, par Ed. SCHWARTZ (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, août* 1878, *p.* 585).

Cette observation est celle d'un homme de 25 ans qui, à la suite d'une chute d'une hauteur de 7 à 8 mètres, est apporté dans le service de M. Gosselin, avec une commotion cérébro-spinale légère, une fracture du col du fémur gauche et une contusion du thorax assez violente pour que les moindres mouvements occasionnent des douleurs très vives, fait qui conduit à réserver la question d'une fracture de côtes gauches.

Le point intéressant de l'observation est que, en même temps que l'on note les divers symptômes relatés plus haut, l'oreille appliquée sur le thorax au niveau du cœur, perçoit un bruit tout à fait extraordinaire, comme du clapotement, avec timbre métallique, coïncidant avec la systole cardiaque : le bruit est plus fort quand le malade est assis que quand il est couché. Les jours suivants, on constate l'existence d'un pneumothorax gauche : cependant, le bruit cardiaque se modifie, on ne l'entend pas à chaque systole; il

donne à l'oreille la sensation d'un clapotement comparable à celui que l'on produit en frappant l'eau avec une palette. Le malade perçoit ce bruit anormal et dit qu'il lui semble entendre une chute d'eau intermittente.

Un mois après l'entrée du malade à l'hôpital, tous symptômes thoraciques avaient disparu, et l'auscultation ne faisait plus entendre aucun bruit anormal.

M. Schwartz termine son observation en se demandant s'il ne serait pas possible d'expliquer ce rhythme cardiaque spécial (comparable au bruit que fait la palette d'une roue de moulin), « en admettant une « lésion du poumon et de la plèvre, un épanchement de sang et d'air en « rapport avec le péricarde et qui serait battu par le cœur, mais mé- « diatement par l'intermédiaire de ce dernier ? »

Nous avouons que pour comprendre la production de ce bruit, l'épanchement de sang n'est nullement nécessaire : il s'agit ici d'un de ces bruits extra-cardiaques, plus communément observés en médecine qu'on ne le pense, et qui, dans le cas présent, peut s'expliquer, ou bien par un fait de résonnance, le choc cardiaque se produisant au voisinage immédiat d'un pneumothorax, ou bien par un fait de frottement systolique dépendant de la présence d'inégalités sur cette portion de la plèvre qui recouvre la partie libre du péricarde. L. LANDOUZY.

Case of fractured ribs with laceration of lung, rupture of diaphragm and liver, pneumothorax, empyema... recovery (Fracture de côtes, déchirure du poumon, rupture du diaphragme et du foie, pneumothorax, empyème... guérison), par HIRD (*Med. Times and Gaz., vol. II, p.* 514, 1878).

Le 4 février au soir, un homme de 36 ans fut, pendant une rixe, terrassé et foulé aux pieds. Il put cependant se relever et s'en fut boire copieusement. Après 3 heures plus tard il fut pris d'une hémoptysie considérable avec refroidissement général prononcé. Au moment de son admission, la respiration est à 40, la température à 38°,7. La toux presque continuelle s'accompagne de crachats sanglants noirâtres. Les 5e et 6e côtes gauches sont fracturées.

5 *février.* — L'hémoptysie continue, elle est très abondante. Etat général de collapsus. T. 36°,4.

6 *février.* — L'hémoptysie a entièrement cessé, faisant place à une expectoration jaunâtre, à réaction alcaline et qui, par l'acide nitrique, donne la réaction caractéristique de la bile. Pneumothorax à gauche, sonorité exagérée dans toute la hauteur du côté droit. Respiration courte et haletante. T. 39°,4.

8 *février.* — On trouve de la bile dans les urines, mais elle existe en moindre quantité dans les crachats.

13 *février.* — Au-dessous du mamelon gauche, apparition d'une tumeur fluctuante, qui, ponctionnée avec l'aspirateur, donne issue à environ 30 grammes de pus.

15 *février.* — Nouvelle ponction (90 gr.), suivie comme la première de soulagement mais qui n'empêche pas l'expectoration de continuer à être formée d'un mélange de pus et de bile. Aussi se décide-t-on, le 17, à pratiquer l'empyème et à mettre un tube à drainage.

A partir de cette époque, l'amélioration fait de rapides progrès. L'expectoration reste purulente et abondante mais cesse d'être bilieuse, la dyspnée diminue. Le poumon gauche ne respire pas, mais il existe à droite une respiration supplémentaire.

1er *mars*. — Expectoration et écoulement de pus par le drain de moins en moins abondants.

18 *avril*. — Le malade quitte l'hôpital. A gauche, persistance de la fistule et du silence respiratoire ; à droite, poumon fonctionnant largement.

17 *octobre*. — La fistule ne donne issue qu'à une très faible quantité de pus, mais le côté gauche de la poitrine reste douloureux, particulièrement vers le sommet. Le malade est pâle et amaigri, cependant il a pu, depuis quelques semaines, commencer à travailler un peu. (L'état de la poitrine n'est pas indiqué.) V. CAMPENON.

Plaie pénétrante de la poitrine intéressant le diaphragme en deux points. Hémo-pneumo-thorax ; mort ; autopsie, par POLAILLON (*Soc. de chir.*, *t. IV*, *p.* 354).

Ce fait prouve que, dans les plaies pénétrantes de la poitrine, l'hémorrhagie interne peut avoir une source insolite, la section d'une veine collatérale de l'artère diaphragmatique inférieure, donnant lieu à un écoulement de sang dans la cavité pleurale et dans la cavité du péritoine.

Le diagnostic qui avait été posé était : plaie pénétrante au niveau du 6e espace intercostal gauche, avec épanchement d'air et de sang dans la cavité pleurale et perforation probable du diaphragme. Le sang qui remplissait la plèvre paraissait ne venir ni du cœur ni du poumon (puisqu'il n'y avait pas de crachats sanglants), mais peut-être des gros vaisseaux du médiastin ou d'une artère intercostale.

A l'autopsie, on trouve sur le diaphragme, un peu en dehors du péricarde, une plaie de 2 centimètres environ, évidemment produite par l'instrument tranchant, et pénétrant dans la cavité abdominale. L'extrémité gauche du bord du foie est aussi traversée de part en part. Plus en arrière et plus près de la ligne médiane, on rencontre encore une plaie du diaphragme, longue de 1 centimètre 1/2 et perforant ce muscle de bas en haut. Cette dernière plaie, plus petite que les autres, est celle qui a fourni le sang de l'épanchement thoracique; les gros vaisseaux du médiastin postérieur n'ont pas été atteints.

Il n'y a pas de vaisseau coupé au niveau de la plaie thoracique et au niveau de la plaie externe et antérieure du diaphragme. La petite plaie interne et postérieure de ce muscle est située sur le trajet de la branche externe de l'artère diaphragmatique inférieure, près de son origine. Le tronc de cette artère est dénudé par le couteau sans avoir été sectionné. Mais une de ses veines collatérales a été complètement coupée, comme on peut le voir sur la pièce que l'auteur présente. Par élimination on est donc conduit à reconnaître que l'ouverture de cette veine a été la source de l'épanchement thoracique.

Il est étrange que le sang se soit épanché dans la cavité pleurale à travers la plaie du diaphragme plutôt que dans la cavité abdominale, puisque la veine blessée est située sur la face inférieure de ce muscle. L'auteur ne trouve d'autre explication de ce fait que l'aspiration de la poitrine, qui a attiré le sang en haut au lieu de le laisser couler dans le ventre. Il pense même que sans cette aspiration l'hémorrhagie de la veine ne se serait pas produite. L.-G. R.

Pistol bullet passing through right ventricle septum and Aorta, par GIBNEY (*New York med. Journ.*, *déc.* 1878).

Un homme de 18 ans reçut accidentellement un coup de revolver le 7 juillet et tomba dans un collapsus qui dura quelques heures, puis n'éprouva que

de légères douleurs pleurales et un peu de dyspnée, 15 jours après il reprenait son travail, le 30 août, on le trouvait mort dans un champ.

A l'autopsie on voyait une petite cicatrice près du sein gauche, du sang coagulé et du sérum dans la plèvre et le péricarde, une petite cicatrice sur le lobe supérieur du poumon gauche, et une ouverture dans le péricarde ayant 1/4 de pouce de diamètre ; à la face antérieure du ventricule droit et répondant à la plaie du ventricule existait un sac anévrysmal de la grandeur d'une noisette; une sonde introduite par la fissure entrait dans le ventricule droit. L'auteur avait trouvé la balle dans le ventricule gauche derrière une des colonnes charnues, vers le sommet de cette cavité.

A un examen plus approfondi on trouva une ouverture traversant la partie supérieure de la cloison et la valve semi-lunaire qui lui est contiguë traversant l'aorte, et arrivant à l'oreillette gauche. Toutes ces ouvertures se trouvaient sur la même ligne que l'ouverture du ventricule droit, le Dr Gibney pense que la balle avait pénétré dans l'oreillette gauche pleine de sang, et par l'orifice mitral était tombée dans le ventricule où la recouvrait une membrane délicate. H. L.

Compound comminutive fracture of the sphenoide (Fracture comminutive du sphénoïde. Guérison, par E.-W. COLLINS (*The Dublin Journ. of medic. sc., p. 342, oct.* 1878).

Un jeune garçon de 14 ans reçoit à la tempe gauche un fragment de métal projeté avec une grande force par une machine à volant. Il tombe sans connaissance, avec une large plaie saignant abondamment. La plaie occupait la fosse temporale, commençant immédiatement au-dessus de l'apophyse zygomatique et longue de plusieurs pouces. Grâce au collapsus, l'hémorrhagie s'arrêta. On pansa la plaie à plat, sans chercher à en sonder la profondeur. Le lendemain matin, une hémorrhagie profuse se produisit, qui ne fut arrêtée que par une compression directe longtemps prolongée. Le chirurgien, à sa visite du matin, chercha, mais en vain, à lier l'artère qui donnait le sang : celui-ci provenait de la fosse zygomatique, vraisemblablement de la maxillaire interne ou de ses branches. Le seul moyen d'arrêter l'hémorrhagie fut d'introduire dans la plaie des bourdonnets de charpie pressés. Pendant ces manœuvres, on avait senti parfaitement la présence d'un fragment osseux mobile qui paraissait être la grande aile du sphénoïde. Au bout de quelques jours, on put graduellement enlever les bourdonnets de charpie, et au 9e jour, la plaie était tout à fait dégagée. Elle se couvrit rapidement de bourgeons charnus, mais continua à suppurer. Au bout de deux mois, la sonde permit de sentir un os nécrosé et mobile : il suffit d'agrandir un peu l'ouverture de la plaie pour retirer une grande partie de l'aile du sphénoïde : d'autres petits séquestres s'éliminèrent ultérieurement. Malgré des désordres aussi graves et bien qu'on sentît battre le cerveau au fond de la plaie il n'y eut à aucune époque la moindre complication encéphalique, la plaie se cicatrisa parfaitement, et l'enfant ne conserva aucune trace de l'accident tant au point de vue intellectuel que corporel. H. RENDU.

De la luxation extra-coracoïdienne de l'épaule; luxation en haut des auteurs (sus-coracoïdienne de Malgaigne), par PELLIER (*Thèse de Paris, n° 241,* 1878).

L'auteur ayant recueilli deux observations de ce genre de déplacement de la tête humérale a pensé en faire l'objet de sa thèse inaugurale.

Il a pu réunir 8 à 10 faits qui se rapportent à la luxation en haut qu'il propose de nommer extra-coracoïdienne. Ce terme a cela de bon qu'il indique comme point de repère l'apophyse coracoïde dont on se sert pour déterminer les espèces de luxation en avant et en dedans.

Quelques expériences ont été faites sur le cadavre dans le but de déterminer le mécanisme du déplacement et par suite la meilleure manière de le faire disparaître.

Voici quelles sont les conclusions de ce travail :

La luxation extra-coracoïdienne est une variété relativement rare.

En même temps que la tête est déplacée en haut, elle l'est aussi en avant et elle vient se loger entre l'apophyse coracoïde et l'acromion, sans qu'aucune d'elles soit en général fracturée. La capsule est déchirée en haut et en avant.

La luxation semble résulter d'un mouvement de rotation en dehors combiné à une forte impulsion, la cause vulnérante agissant indirectement sur le bras de bas en haut et d'arrière en avant.

Les signes du déplacement sont une saillie arrondie en avant de la clavicule, l'absence de la tête de l'humérus au-dessous de l'acromion et dans l'aisselle.

L'on confond facilement cette luxation avec la sous-coracoïdienne incomplète.

Le pronostic n'est pas plus grave que celui des autres luxations de l'épaule.

La réduction s'opère assez facilement en faisant avec le bras un mouvement d'élévation qu'on associe à un mouvement de bascule en bas et en dehors.

Le déplacement se reproduit assez facilement quand on n'immobilise pas le membre supérieur atteint contre la poitrine. ED. SCHWARTZ.

Case in which a testicle congenitally displaced into the perinaeum was successfully transferred to the scrotum (Ectopie congénitale du testicule dans le périnée; guérison par refoulement de l'organe dans le scrotum), par Thomas ANNANDALE (*Brit. med. Journal*, 4 *janvier* 1879).

Un enfant mâle, âgé de trois ans, éprouvait dans la région périnéale une douleur qui s'était aggravée par la marche et par des efforts répétés. Ce n'est que depuis que l'enfant avait commencé à marcher que l'attention avait été attirée de ce côté.

En l'examinant, on trouva le côté droit du scrotum complètement vide, bien que la peau et les autres tissus parussent bien développés. Le cordon passait, comme d'habitude, par l'anneau inguinal externe; mais, au lieu de descendre dans le scrotum, il se dirigeait dans l'épaisseur du périnée où il aboutissait au testicule. Ce dernier était bien développé, de volume normal et situé sous la peau et le tissu cellulaire, un peu à droite du raphé; la pression déterminait une vive douleur. Le testicule gauche avait ses dimensions et sa situation ordinaires.

Trois semaines après l'admission du malade à l'hôpital, M. Annandale pratiqua sur lui l'opération suivante. Il fit à droite une incision commençant au niveau de l'anneau inguinal externe et se terminant vers la partie moyenne du scrotum. Le cordon, mis à nu, fut alors saisi et attiré au dehors, de manière à détacher le testicule déplacé. Il fallut en outre diviser quelques

adhérences, notamment une bande fibreuse, qui s'attachait d'une part au testicule et d'autre part à la tubérosité de l'ischion, et qui paraissait être un vestige du *gubernaculum testis*. Le scrotum fut alors ouvert plus largement, et le testicule y fut introduit et fixé au moyen d'une ligature de catgut qui traversait à la fois l'organe et ses enveloppes. Des sutures au catgut furent appliquées sur la plaie; on ne laissa qu'une petite ouverture pour favoriser l'écoulement des liquides. On employa le pansement antiseptique.

Au bout de moins d'un mois, la cicatrisation était complète, et le testicule était solidement fixé dans sa nouvelle position : il était seulement un peu plus petit, un peu plus dur, et un peu plus profondément situé que son congénère.

Cette observation est intéressante à un double point de vue. D'abord, il s'agit là d'une variété d'ectopie extrêmement rare; d'autre part, c'est peut-être la première fois qu'une opération analogue à celle que nous venons de décrire a été couronnée de succès.

Dans son traité des maladies du testicule, Curling rapporte une observation qui se rapproche beaucoup de la précédente. Il avait essayé, lui aussi, de replacer et de maintenir le testicule dans le scrotum, mais il n'avait pu y réussir, ce qui devait être attribué, selon lui, à une rétraction du crémaster. Aussi se proposait-il, si jamais il avait affaire à un cas semblable, d'essayer de fixer l'organe au scrotum au moyen d'une suture. Ce desideratum a été rempli par M. Annandale, et l'on voit que le succès a couronné ses efforts. GASTON DECAISNE.

Du pronostic et de la prophylaxie des oreillons chez l'adulte et en particulier de l'orchite ourlienne, par LAVERAN (*Soc. méd. des hôpitaux. — Union médicale*, 1er, 3, 6 *août* 1878).

L'auteur donne les conclusions suivantes :

1° L'orchite ourlienne constitue le principal danger des oreillons chez l'adulte ;

2° Les oreillons se compliquent, chez l'adulte, d'orchite simple ou double environ 2 fois sur 5 ;

3° L'orchite ourlienne aboutit 7 fois sur 10 environ à l'atrophie du testicule ;

4° Dans le cas où l'atrophie porte sur les deux testicules, il en résulte une impuissance absolue.

Il conseille l'isolément des malades atteints d'oreillons. H. L.

Pyonephrosis in wandering Kidney. Formation of urinary fistula (Suppuration d'un rein flottant; formation d'une fistule urinaire), par POST (*New York med Journ., janvier* 1879).

Une femme, âgée de 44 ans, avait été prise 7 ans auparavant de vives douleurs dans la région lombaire gauche, douleurs qui se répétèrent chaque année. Au mois de mai 1878 les douleurs revinrent avec frissons et hématurie. Au mois de juillet on sentit à la région hypogastrique gauche une tumeur qui continua à se développer jusqu'au mois d'août; une ponction exploratrice donna issue à 8 onces de pus; on se décida alors à ouvrir largement la paroi abdominale au devant du carré des lombes; l'incision donna issue à un flot

de pus, et mit à jour les calices du rein. Après de graves hémorrhagies et la mortification d'une partie de la plaie, la cicatrisation se fit peu à peu, mais il resta une fistule permanente par laquelle l'urine s'écoulait en moins grande quantité que par l'urèthre. H. L.

De la splénite traumatique aiguë, par MATHON (*Thèse de Paris*, 1876).

S'appuyant sur 26 observations, dont 5 inédites, l'auteur admet que les contusions de la rate se traduisent par un ensemble symptomatique complexe. La douleur, les troubles digestifs, la dyspnée seraient la conséquence d'une péritonite plus ou moins accusée, mais le symptôme propre et pathognomonique serait l'apparition d'accès fébriles, surtout vespéraux, à caractère nettement intermittent. Sans négliger les indications locales, on doit surtout s'attacher, dans le traitement, à l'état général. Le sulfate de quinine est formellement indiqué et donne les meilleurs résultats. V. CAMPERNON.

OPHTHALMOLOGIE.

Traité des maladies des yeux (2e volume), par Ch. ABADIE (*Paris*, 1877).

Le second volume du *Traité des maladies des yeux* d'Abadie, comprend : l'ophthalmoscopie, l'examen fonctionnel de l'œil ; les maladies du nerf optique; celles de la rétine, de la choroïde et du corps vitré, l'histoire des amblyopies et amauroses, les anomalies de la réfraction (hypermétropie, myopie, presbytie, astigmatisme) ; l'étude du système métrique en ophthalmologie ; les affections des muscles de l'œil, enfin le strabisme.

I. — Le chapitre très intéressant consacré à l'étude de *l'ophtalmoscopie*, renferme l'histoire de la découverte de l'ophthalmoscope, l'exposé des différents procédés d'exploration du fond de l'œil, la description des principaux ophthalmoscopes, enfin les règles à suivre pour pratiquer l'examen ophthalmoscopique.

II. — *L'examen fonctionnel* de l'œil comprend deux paragraphes : l'examen de l'acuité visuelle et sa mesure, la détermination du champ visuel. Ce dernier paragraphe, évidemment écourté à dessein par l'auteur, aurait pu être suivi d'un exposé de la recherche des sensations colorées qui ne sont traitées qu'accessoirement ici.

III. — Le chapitre consacré aux *affections du nerf optique* est des plus importants et mérite d'attirer toute l'attention du lecteur.

Dans une première partie, en quelque sorte préliminaire, Abadie examine : les origines encéphaliques des nerfs optiques, le système d'irrigation

vasculaire de ces nerfs, et l'aspect normal qu'ils présentent à l'ophthalmoscope.

L'auteur aborde ensuite une question fort difficile, à savoir la valeur séméiologique de l'aspect du fond de l'œil dans les affections cérébrales et les maladies générales. Cette question qui mériterait un long développement est trop brièvement exposée, selon nous ; toutefois l'étude même des diverses affections du nerf optique force l'auteur à y revenir dans les paragraphes suivants.

Les maladies du nerf optique, sont : 1° l'*hyperémie* du nerf optique, divisée en active ou artérielle et passive ou veineuse ; 2° la *névrite optique*, subdivisée en simple, symptomatique de tumeurs cérébrales, descendante, rétro-bulbaire et syphilitique ; 3° l'*atrophie* du nerf optique qui peut être essentielle, tabétique, syphilitique, consécutive à la névrite, d'origine spinale, d'origine intra-oculaire, enfin congénitale ou héréditaire ; 4° les *hémorrhagies* vaginales ou interstitielles ; 5° les *tumeurs;* 6° enfin les *anomalies* (fibres opaques, fibres rougeâtres, décoloration de la papille, pigmentation anormale).

IV. — Les *affections de la rétine* sont précédées d'un aperçu anatomique et physiologique ; Abadie y ajoute la description de cette membrane vue à l'ophthalmoscope. L'auteur passe ensuite en revue : 1° les troubles circulatoires de la rétine (pouls veineux, pouls artériel) ; 2° l'hypertrophie des parois vasculaires ; 3° l'ischémie rétinienne ; 4° l'embolie de l'artère centrale ; 5° la rétinite idiopathique ; 6° la rétinite albuminurique ; 7° la rétinite diabétique ; 8° la rétinite leucocythémique ; 9° la rétinite syphilitique ; 10° les hémorrhagies rétiniennes ; 11° la rétinite pigmentaire ; 12° le décollement de la rétine ; 13° le gliome de la rétine ; 14° enfin la dégénérescence cystoïde de cette membrane.

V. — Les *maladies de la choroïde*, sont : 1° la choroïdite disséminée ; 2° la choroïdite aréolaire ; 3° la chorio-rétinite circonscrite ; 4° la chorio-rétinite syphilitique ; 5° la scléro-choroïdite postérieure ; 6° les tubercules de la choroïde ; 7° les hémorrhagies de la choroïde ; 8° le décollement choroïdien ; 9° la rupture de la choroïde ; enfin 10° les anomalies (coloboma).

VI. — Parmi les *maladies du corps vitré*, nous trouvons : 1° l'hyalitis, 2° les opacités (mouches volantes) ; 3° le ramollissement ; 4° le décollement ; 5° le synchisis étincelant ; 6° les corps étrangers et 7° les cysticerques.

VII. — Le chapitre consacré à l'étude des diverses *amblyopies* et *amauroses*, présente un intérêt capital, en ce sens que l'auteur a tenu grand compte des récentes recherches faites pour la plupart à l'instigation du professeur Charcot.

Abadie y passe successivement en revue :

1° L'hémiopie ;

2° L'amblyopie croisée dans l'hémianesthésie hystérique ;

3° L'amblyopie croisée dans l'hémianesthésie d'origine cérébrale ;

4° L'amaurose partielle temporaire, ou scotome scintillant (Dianoux) ;

5° L'héméralopie ;

6° L'anesthésie rétinienne ;

7° Les amauroses chez les saturnins, les alcooliques, les fumeurs, les diabétiques ;

8° Les amblyopies dans les intoxications par l'atropine, la morphine, etc. ;
9° Les amauroses suite d'hémorrhagies abondantes ;
10° L'amblyopie congénitale ;
Enfin 11° la dyschromatopsie.

L'auteur termine par un exposé de l'amaurose simulée et des moyens de la reconnaître.

VIII. — Abordant l'étude des *anomalies de la réfraction*, Abadie la fait précéder d'un aperçu sur l'œil considéré comme appareil d'optique, d'une étude de l'accommodation, de la description de l'œil schématique, de l'examen de la réfraction dans les lentilles, de la description des lunettes, enfin de ce qu'on doit entendre par amplitude de l'accommodation et des moyens de la mesurer. Il est certain que la coordination des matières de ce chapitre ne nous paraît pas très logique, d'autant que c'est au milieu même de ces divers paragraphes qu'il faut chercher les définitions des diverses anomalies de la réfraction.

IX. — L'*hypermétropie* est exposée avec détails ; Abadie insiste sur son diagnostic, sur ses causes, sur les troubles qu'elle détermine (*asthénopie accommodative*), enfin sur les moyens qu'il faut utiliser pour corriger ce vice de réfraction. Quelques mots sur les rapports qui existent entre l'hypermétropie et le strabisme convergent et une étude complète de l'aphakie, terminent ce chapitre.

X. — L'examen de la *myopie*, comprend l'étude de ses différents degrés, son diagnostic, son étiologie, l'exposé des causes de sa progression, ses complications, sa prophylaxie, enfin sa correction.

L'auteur expose aussi : le spasme de l'accommodation, l'asthénopie musculaire, et le strabisme latent chez les myopes.

XI. — La *presbytie*, ses causes, son étude dans les diverses variétés de la réfraction, sa correction, enfin quelques remarques sur l'*anisométropie*, constituent le chapitre suivant.

XII. — L'examen de l'*astigmatisme*, ses causes, ses symptômes, sa correction, enfin la description et le mode d'emploi de l'appareil de Javal forment un très intéressant chapitre, d'une importance pratique qui n'a pas besoin d'être discutée.

XIII. — Après cet exposé des *anomalies de la réfraction*, Abadie aborde l'étude de leur diagnostic, soit avec les ophthalmoscopes à réfraction, soit avec les optomètres.

XIV. — Le chapitre suivant, qui a pour titre : *Introduction du système métrique en ophthalmologie*, est un résumé du travail de Landolt dans les *Annales d'oculistique ;* résumé suivi de la description de l'ophthalmoscope à réfraction de Landolt et du phakomètre de Snellen.

XV. — Les *maladies des muscles de l'œil*, sont précédées d'un aperçu intéressant sur l'anatomie et la physiologie de ces muscles. L'auteur expose ensuite avec détails, l'étiologie et la pathogénie des paralysies musculaires de l'œil en général ; leurs symptômes, leur diagnostic et leur traitement. Il décrit alors les paralysies de la 6° paire, de la 4° paire, enfin de la 3° paire et de ses diverses branches.

L'examen de la mydriase et du myosis, l'étude du nystagmus et des spasmes musculaires, terminent cet important chapitre.

XVI. — Enfin le dernier chapitre du traité d'Abadie renferme une description très complète du *strabisme*, de ses causes, de ses variétés et

des développements très intéressants sur son traitement, soit par des verres correcteurs, soit par les exercices stéréoscopiques, soit enfin par une opération (ténotomie, avancement du tendon).

Nous n'avons donné, en fait, qu'un rapide aperçu du second volume du Dr Abadie; il n'est pas besoin d'insister plus longtemps sur l'importance scientifique et clinique des matières qui y sont traitées.

F. TERRIER.

Études d'optique physiologique et instruments nouveaux, par BADAL (*Annales d'oculistique, p. 42, juillet et août* 1878).

Cet article, qui échappe à toute analyse, comprend :

I. — L'exposé d'une méthode nouvelle pour le diagnostic rétrospectif de la réfraction après l'extraction du cristallin et d'une façon générale dans l'aphakie.

II. — Une nouvelle méthode pour calculer la distance qui sépare de la rétine les objets flottants dans le corps vitré. L'auteur se sert du pupillomètre de Robert-Houdin et arrive à cette conclusion :

« La distance cherchée du corps flottant à la rétine est égale à 20 fois la différence entre les écartements successifs des trous du pupillomètre, divisée par le plus grand de ces écartements. »

III. — Description et figure du pupillomètre de Robert-Houdin.

IV. — Modification de l'ophthalmoscope à réfraction, de l'auteur. — Miroir ophthalmoscopique, mi-partie plan et concave, au lieu de deux miroirs, l'un plan, l'autre concave.

V. — Nouvel œil artificiel pour essais optométriques et ophthalmoscopiques.

F. T.

Funzioni e struttura dell' umore vitreo (Structure et fonctions de l'humeur vitrée), par G. ALBINI (*Rendiconti R. Acc. delle Scienze di Napoli, et Giornale Internazionale delle Scienze Mediche, Naples, novembre* 1878).

En étudiant l'humeur vitrée des ruminants, l'auteur croit avoir trouvé la démonstration de l'existence de l'aire de Martegiani, et du canal hyaloïdien, résultats qui sont d'accord avec ceux obtenus par Stilling et Iwanoff. D'un autre côté, il a trouvé que la densité de l'humeur vitrée diminue avec l'âge, et qu'elle éprouve des modifications en sens inverse de celle que subit le cristallin.

Tout en considérant les mouvements du cristallin comme la condition *sine quâ non* de l'accommodation, Albini fait de l'humeur vitrée un auxiliaire de cette fonction. Pour lui, les changements de forme et de position du cristallin que produit l'action du muscle ciliaire, sont dus à la pression que subit l'humeur vitrée, laquelle se propage jusqu'au cristallin pour le faire avancer. L'humeur vitrée comprimée n'obéit pas à la loi de la propagation uniforme de la pression exercée sur les liquides, ce que la structure de cet organe peut faire pressentir.

Enfin, la diminution de densité qu'entraîne l'âge, amène l'éloignement du *punctum proximum*, fait qui corrobore la théorie précédente, et qui explique d'une manière très satisfaisante la presbyopie des vieillards.

MARCANO.

Myopie und Schule (Myopie et école), par OTT (de Lucerne) (*Corresp.-Bl. f. schweiz. Aerzte, n° 15, p. 456 et n° 16, p. 487, 1er et 15 août 1878*).

Ce travail est d'autant plus propre à montrer l'influence des études scolaires sur le développement de la myopie, que l'auteur a pu suivre les progrès et l'extension de ce trouble de la réfraction à 2 ou 3 années d'intervalle, chez un certain nombre d'élèves du gymnase et de l'enseignement primaire supérieur (Realschüler) dont il avait déjà exploré la vision en 1873 ou en 1874 (*Corresp.-Blatt. für schweiz. Aerzte*, 1874, pages 321 et 543).

Ott examine l'acuité visuelle de chaque œil au moyen des tableaux de Snellen placés à 20 pieds de distance, puis, à l'aide de l'ophthalmoscope et de l'image droite il explore l'état de la réfraction. Dans les cas douteux il renouvelle l'examen du même individu, à des époques différentes. En 1873 et en 1876, il a entrepris ces recherches aux mêmes moments de l'année et de la journée; dans l'intervalle, les installations scolaires n'avaient subi aucune modification notable; le nombre des écoliers examinés est resté à peu près le même (122 en 1873, 120 en 1876).

Comme, chez maints écoliers, l'état de la réfraction est différent de chaque côté, les chiffres suivants se rapportent au nombre d'yeux explorés.

	1873	1876
Yeux hypermétropes.	24 = 9, 8 0/0	52 = 21, 6 0/0
— emmétropes.	124 = 50, 8	90 = 37, 5
— myopes.	96 = 39, 3	98 = 40, 8

Tels sont les résultats généraux, mais il est intéressant d'entrer dans les détails.

En 1876, Ott a examiné 66 élèves soit 132 yeux qu'il avait déjà explorés 2 ou 3 ans auparavant. Sur 132 yeux il s'en trouvait :

	1873 ou 1874	1876
Hypermétropes.	38 = 28, 8 0/0	19 = 14, 4 0/0
Emmétropes.	68 = 51, 5	50 = 37, 8
Myopes.	26 = 19, 7	63 = 47, 7

Sur le nombre total d'yeux, l'état de la réfraction était resté stationnaire chez 44, soit 33, 37 0/0, tandis que la réfraction était devenue plus convergente chez 88 soit 66, 67 0/0.

Les 38 yeux hypermétropes du premier examen (1873-74) avaient éprouvé en 1876 le sort suivant : 12 étaient restés tels quels, tandis que les 26 autres avaient augmenté de réfringence: 5 d'entre eux étaient demeurés hypermétropes à un degré inférieur, 18 étaient devenus emmétropes, enfin les 3 derniers étaient devenus myopes.

Les 68 yeux emmétropes de 1873 et 1874 étaient réduits à 33 en 1876; les 35 autres étaient devenus myopes.

Enfin les 26 yeux myopes avaient vu leur trouble de réfraction s'aggraver entre les deux époques.

On voit donc que l'état stationnaire de la réfraction n'avait persisté que

pour 1/3 des hypermétropes, une moitié des emmétropes et à peine 1/25 des myopes.

Les crampes de l'accommodation sont très souvent un prélude de myopie : en 1873 et 1874 Ott avait noté 22 yeux affligés de crampes d'accommodation ; en 1876, 20 d'entre eux étaient atteints de myopie. C'est là encore un fait important dans l'hygiène de la vue dans les écoles. J. B.

Des ophthalmies sympathiques, par P. RECLUS (*Thèse d'agrégation, Paris, A. Delahaye, édit.* 1878).

L'auteur définit l'ophthalmie sympathique, l'ensemble des troubles trophiques ou fonctionnels que provoquent dans le second œil les lésions traumatiques ou spontanées du premier.

Pour justifier l'exactitude de cette définition, Reclus a, dans ce remarquable travail, fait une étude comparative des observations anciennes et des faits inédits qu'il a pu recueillir : par une analyse critique des plus complètes il s'est efforcé de dégager, parmi les nombreuses théories proposées, la doctrine pathogénique la plus en accord avec les données de physiologie moderne. Si les conclusions qu'il adopte reposent quelquefois sur un terrain un peu hypothétique, on ne peut s'en prendre qu'à l'insuffisance de certaines notions que l'avenir permettra d'approfondir et d'appuyer sur des faits inattaquables.

Son travail se divise en six chapitres :

Dans le premier, consacré à l'historique de la question, l'auteur montre que, bien avant les mémoires d'Himly et de Mackenzie, l'ophthalmie sympathique avait été entrevue par Bartholin, Bidloo, Tissot ; mais comme il le dit, c'est là une période d'observation inconsciente, non coordonnée. Demours a publié, dans son traité, quatre observations des plus nettes : mais ce fut Himly, puis Mackenzie qui les premiers systématisèrent l'étude de cette lésion et donnèrent une théorie de la transmission de l'inflammation.

Depuis cette époque et surtout depuis les travaux de Prichard qui conseilla le premier l'extirpation de l'œil malade, la question a été étudiée par un grand nombre d'auteurs. On trouvera analysés dans cette *Revue* la plupart des mémoires postérieurs à 1871. (Voy. *R. S. M.*, II, 561 ; III, 748, 753 ; IV, 667 ; V, 286 ; VII, 329 ; VIII, 711 ; XII, 269.)

Le second chapitre a trait à l'étiologie ; que l'ophthalmie soit de cause traumatique, ou qu'elle soit spontanée, elle a le plus souvent pour point de départ les altérations de l'iris et des corps ciliaires du premier œil. Parmi les causes prédisposantes, Reclus croit utile d'insister sur la fatigue exagérée des yeux, sur un travail de convergence, d'accommodation qui facilite l'éclosion des accidents ; c'est ainsi que les myopes sont plus exposés que les autres à l'ophthalmie sympathique. De plus il y lieu de faire intervenir une certaine prédisposition individuelle, pour expliquer, avec des lésions identiques, des complications qui n'existent pas chez tel ou tel autre sujet.

Les ophthalmies secondaires à des affections spontanées sont loin d'être admises par tous les auteurs ; Reclus n'hésite pas à les regarder comme réelles et une foule d'affections y peuvent donner naissance

(irido-choroïdites, atrophies, ossifications choroïdiennes, etc.), cependant, dit-il, si l'existence de ces ophthalmies est réelle, il semble qu'on en exagère singulièrement la fréquence.

Quelles sont les voies de transmission, quel est le mécanisme des accidents de l'ophthalmie ? Cette question, de beaucoup la plus complexe et la plus difficile, a été soigneusement étudiée par l'auteur et c'est un des chapitres les plus complets de son mémoire. Aucune des théories admises ne le satisfait pleinement ; on a abandonné l'idée de Mackenzie qui pensait à une transmission par les nerfs optiques ; on y revient aujourd'hui et dans certains cas où la rétine est le point de départ exclusif, Mooren et Alt ont tendance à l'adopter.

Parmi les opinions qui ont cours actuellement, il faut mentionner la théorie vaso-motrice ; le réflexe dans cette hypothèse, aurait pour point de départ les parties molles du pourtour de l'orbite et surtout les membranes intrinsèques de l'œil ; pour voie de transmission centripète, le trijumeau du côté malade ; pour centre de réflexion, le bulbe ; pour voie de transmission centrifuge, soit les filets du plexus carotidien et la racine végétative qu'il donne au ganglion ophthalmique, soit même des fibres vasculaires propres au trijumeau du côté sain.

Cette hypothèse n'est pas satisfaisante et de plus elle est en contradiction avec les données physiologiques qui prouvent que jamais l'hypérémie névro-paralytique n'occasionne de troubles trophiques.

Pour l'auteur, le vrai nerf trophique de l'œil est le trijumeau et on peut s'en convaincre par les expériences de Vulpian, M. Duval et Laborde, pour ne citer que les plus récentes, sur la physiologie du trijumeau, et celles de Hayem sur la névrite ascendante. Partant de là, l'auteur explique de la façon suivante le mécanisme des accidents sympathiques : à la suite d'une irritation du tractus uvéal, survient une inflammation des nerfs ciliaires. Cette névrite se propage, gagne le ganglion ophthalmique, puis le ganglion de Gasser et de là le tronc du trijumeau. L'irritation, arrivée au noyau d'origine, gagne les fibres commissurales du bulbe, le noyau du trijumeau correspondant et la névrite, ascendante d'un côté, devient descendante de l'autre.

Cette théorie, que nous résumons brièvement, est-elle à l'abri de toute critique, rend-elle compte de tous les faits ? L'auteur est loin de la généraliser et de la proposer comme explication unique : certains faits, il le reconnaît, ne sont pas justiciables de ces données pathogéniques, mais elles lui semblent applicables à la plupart de ceux qu'on interprétait par des troubles vaso-moteurs.

Au point de vue symptomatique, il faut signaler deux formes principales : l'irido-choroïdite plastique, et l'irido-choroïdite séreuse, la première de beaucoup la plus fréquente et la plus grave. A côté de ces deux types fondamentaux viennent se grouper des formes rares (kératite, rétinite sympathique).

Le traitement est l'objet d'une discussion sévère ; Reclus rejette comme insuffisante toute méthode autre que l'extirpation. Celle-ci doit être envisagée à deux points de vue, préventive et curative. Nous insisterons peu sur ce chapitre, les conclusions de l'auteur, ne différant guère de celles qu'on trouvera ci-dessous exposées dans la thèse de Vigneaux.

Cette remarquable étude se termine par le résumé de trente-deux cas inédits, et un index bibliographique des plus complets. A. CARTAZ.

De l'énucléation dans le traitement de l'ophthalmie sympathique (Résultats immédiats et éloignés de 90 cas observés et traités dans les hôpitaux de Lyon) par J.-Clément VIGNEAUX (*Thèse de doctorat de Paris, n° 419, 1877*).

L'auteur consacre une partie de son travail à faire l'histoire de l'ophthalmie sympathique, à décrire les diverses formes de cette affection, à étudier son étiologie, à exposer les diverses opinions qui ont été adoptées sur sa pathogénie, enfin à indiquer son diagnostic et son traitement.

Abordant alors son véritable sujet, C. Vigneaux étudie les indications de l'énucléation du globe oculaire, soit que celle-ci soit préventive, soit qu'elle ait pour but l'arrêt ou la guérison de lésions sympathiques déjà développées.

Voici d'ailleurs les conclusions de cet intéressant travail :

I. — *L'énucléation préventive est contre-indiquée :*

1° Toutes les fois que l'œil à énucléer possède encore, ou pourra recouvrer une certaine quantité de vision ;

2° Dans les moignons actuellement sensibles, endoloris spontanément ou à la pression ;

3° Dans les petits staphylomes et autres altérations indolentes;

4° Quand l'œil y voit encore, ou qu'il peut y voir par une opération, et que les phénomènes inflammatoires sont terminés, et cela malgré le désir du malade et dans un but cosmétique.

L'énucléation préventive est indiquée :

1° Dans les phlegmons oculaires ;

2° Dans les blessures de la région ciliaire, avec issue du cristallin ou du corps vitré et perte de la vision ;

3° Dans les grands traumatismes avec désorganisation de l'œil.

4° Lors de pénétration de corps étrangers avec amaurose ;

5° Dans les atrophies sensibles et douloureuses spontanément ou par pression ;

6° Dans les atrophies indolores, avec amaurose totale, empêchant le port d'un œil artificiel;

7° Dans les staphylomes antérieurs volumineux et les petits staphylome multiples de la région scléro-cornéenne, avec perte de la vision ;

8° Dans les hydrophthalmies et glaucomes douloureux non soulagés par l'iridectomie;

9° Dans les irido-cyclites, irido-choroïdites, irido-capsulites traumatiques ou spontanées avec amaurose irréparable, et état chronique irritatif.

II. — Lors *d'ophthalmie sympathique irritative*, sans lésions organiques, l'énucléation est indiquée dans :

1° Tous les bulbes atrophiés, même les indolores, renfermant ou non un corps étranger contenant ou non une coque osseuse ;

2° Tous les staphylomes irritatifs, hydrophthalmos, décollements rétiniens, glaucomes douloureux et autres altérations des membranes profondes avec perte de la vision ;

3° Les irido-cyclites, irido-choroïdites, irido-capsulites traumatiques ou spontanées avec amaurose;

4° Les mêmes affections, quand l'œil à enlever conserve encore un degré de perception visuelle ou pourrait l'acquérir à l'aide d'une opération d'un résultat toujours douteux.

III. — Dans la forme *maligne* de l'ophthalmie sympathique (iritis plastique, irido-cyclite, irido-choroïdite), l'énucléation est indiquée :

1° Dans les atrophies douloureuses, les moignons sensibles, avec corps étranger ou coque osseuse ;

2° Dans les globes atteints d'altérations chroniques douloureuses, persistantes, qui ne peuvent, ne pourront posséder de vision.

Elle est contre-indiquée :

1° Dans les atrophies indolores, les petits staphylomes et les leucomes adhérents ou toute autre affection, dont l'influence réactive paraît suspendue ou arrêtée définitivement ;

2° Bien plus encore, lorsque le globe, quels que soient la lésion et son état d'irritation, possède une certaine faculté de vision ou peut l'acquérir par une opération.

IV. — Dans l'ophthalmie sympathique, à forme *bénigne* (irido-cyclite séreuse, irido-kératite, iritis bénigne), les indications sont les mêmes que dans la forme maligne, et les cas douteux seront tranchés en faveur de l'énucléation.

V. — Dans les formes rares, comme la rétinite, la rétino-choroïdite, les indications sont les mêmes que dans la forme bénigne. Quant au décollement rétinien, au glaucome, à l'atrophie du nerf optique, la certitude du diagnostic est la condition essentielle pour intervenir. Encore faut-il être très réservé.

En résumé, dit l'auteur :

L'énucléation est une opération inoffensive ; elle se pratique le plus souvent sur un organe difforme et presque toujours inutile ; il faut donc la proposer dès que l'indication se présente, même quand elle est incertaine.

F. TERRIER.

De la cécité unilatérale par contusion rétro-oculaire, par GRAS (*Soc. de chir.*, *p.* 586, 1878).

Sous ce titre, l'auteur désigne un mode de production de cécité unilatérale dont les traités ne font pas mention, et qui est confondu avec les faits mal définis de la commotion rétinienne. Il en donne trois exemples : la pointe d'un bâton, un fleuret boutonné, une tête de clou heurtant l'angle interne de l'œil ou le cul-de-sac palpébral supérieur, ont été les causes de la cécité. Ces cas qui, pour Giraud-Teulon, rentreraient dans les faits déjà connus d'épanchement dans la gaîne du nerf optique et de compression de ce nerf, se distinguent aux yeux de l'auteur par leur cause bien définie, l'introduction violente d'un corps contondant peu mousse, peu volumineux, entre le globe et l'orbite, sans désordres extérieurs trop considérables entraînant la perte subite et irremédiable de la vision, sans lésion du fond de l'œil. Il se croit fondé à attribuer ces faits à la contusion rétro-oculaire ; et ce qui le démontre, c'est l'absence

de lésions du globe de l'œil, l'exophthalmie, le pouls veineux observé dès les premières heures, la mydriase, constatée dans les trois cas.

Le développement d'un épanchement sanguin dans l'arrière-cavité de l'orbite ne lui paraît pas devoir être mis en doute. Le ganglion ophthalmique est englobé dans l'épanchement, d'où la modification survenue dans l'état de la pupille. L'atrophie papillaire qui n'a jamais fait défaut dans les cas observés, doit être rattachée au traumatisme subi par le nerf optique, soit par pression directe, soit par suite du tiraillement des fibres nerveuses dans le mouvement brusque de rotation imprimé au globe oculaire, au moment où le corps contondant pénètre dans un des culs-de-sac. L.-G. R.

Ueber isolirte Aderhautruptur, ihre Entstehung und die von ihr verursachte Netzhautpigmentirung (Sur les ruptures isolées de la choroïde ; leur mode de production et les pigmentations rétiniennes qui leur sont consécutives), par Otto BECKER (*Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, t. XVI, p.* 41).

Depuis le jour où de Græfe appela pour la première fois l'attention des ophthalmologistes sur les déchirures traumatiques de la choroïde (1854), le nombre des observations est devenu tellement considérable qu'il serait presque sans intérêt aujourd'hui d'en publier de nouvelles. Mais si le côté clinique de la question a été suffisamment étudié, il n'en est plus de même pour ce qui concerne l'anatomie pathologique et le mécanisme de la lésion. Les diverses tentatives expérimentales faites sur les animaux dans le but d'élucider ces points restés obscurs n'ont jusqu'ici donné aucun résultat. Sæmisch, le premier, a cherché à expliquer comment, à la suite d'une violente contusion du globe oculaire, la choroïde seule se rompait, tandis que la rétine se maintenait intacte. Pour lui, voici quelle serait la raison d'être de ce fait.

Dans les parties profondes de l'œil où se produisent de préférence les déchirures, la choroïde, intimement unie à la sclérotique par les nombreux vaisseaux qui traversent ces 2 membranes, ne peut se déplacer sans se rompre, tandis que les adhérences de la rétine avec les parties sous-jacentes sont beaucoup moins intimes et permettent un certain glissement. Knapp se montre peu satisfait de cette explication; il admet bien qu'à la rigueur la contusion soit impuissante à rompre les vaisseaux ciliaires postérieurs qui agissent comme des points fixes favorisant la rupture de la choroïde dans leur voisinage. Pourtant il se déclare partisan de la théorie du contre-coup analogue à celle qui est admise pour la contusion cérébrale. Arlt fait remarquer que la théorie du contre-coup déjà fort obscure quand elle est appliquée aux lésions du crâne ne peut en aucune façon convenir pour l'œil où les conditions de résistance des enveloppes sont tout autres. A son tour il émet l'opinion suivante. Le bulbe vient-il à être aplati d'avant en arrière, ce qui est le cas le plus fréquent, le diamètre équatorial augmente nécessairement et le maximum de distension porte sur cette zone. Or, comme la choroïde se trouve fixée en arrière, au pourtour du nerf optique, en avant du cercle sclérocornéen (muscle ciliaire), et dans les points intermédiaires par les vaisseaux ciliaires, les effets de la distension se font sentir sur des portion

peu étendues et les fait nécessairement éclater. Rien de plus naturel dès lors que la direction de la rupture soit concentrique au pôle postérieur, c'est-à-dire perpendiculaire au sens général de la direction du coup.

Dans ses nombreuses expériences sur la contusion du globe oculaire, Berlin n'a jamais réussi à produire des déchirures de la choroïde comparables à celles qu'on observe chez l'homme. Il n'a trouvé à l'autopsie des animaux sacrifiés que des hémorrhagies résultant de la rupture de quelques vaisseaux choroïdiens au niveau du point directement contusionné et dans le point diamétralement opposé. Il attribue ces ruptures vasculaires les unes à l'action directe du corps contondant, les autres à la projection du globe oculaire contre la paroi opposée de l'orbite qui joue aussi le rôle d'un corps contondant. Otto Becker fait remarquer que le plus souvent les déchirures de la choroïde ont lieu au pourtour du nerf optique; là aussi se trouve presque toujours le maximum des lésions. Aussi, d'après lui, voici comment il faudrait concevoir le mécanisme de la rupture de la choroïde. Au moment du choc le nerf optique jouerait le rôle d'une tige rigide qui s'enfoncerait dans le globe oculaire et par conséquent c'est au pourtour des points d'attache de la tige que les déchirures devraient se produire comme cela a lieu en réalité. Si chez les animaux on ne peut jamais déterminer des déchirures de la choroïde comparables à celles qu'on observe chez l'homme, cela tient à ce que chez eux la disposition du nerf optique est tout à fait différente. Au lieu d'aborder la partie postérieure de l'œil presque directement d'arrière en avant, ce tronc nerveux s'insère beaucoup plus latéralement de telle sorte que lorsque l'œil est projeté par un choc vers les parties profondes de l'orbite il ne rencontre plus la saillie formée par le nerf optique. Otto Becker appelle aussi l'attention sur les accumulations de pigment qui se déposent habituellement au niveau de la déchirure et dans son voisinage. D'après ses observations cliniques, ces amas de pigment ne devraient pas être considérés comme des reliquats d'extravasations sanguines, car on les rencontre souvent sur des yeux où la déchirure de la choroïde n'a été accompagnée que d'hémorrhagies presque insignifiantes. Du reste le peu d'abondance de l'hémorrhagie en pareil cas s'explique par l'intégrité de la sclérotique et le maintien de la tension intra-oculaire. Follin l'a prouvé par les expériences suivantes : il pénétrait avec une aiguille dans le globe oculaire en faisant une ouverture aussi étroite que possible de façon à éviter la sortie des liquides, il dilacérait les vaisseaux choroïdiens et n'obtenait qu'une hémorrhagie insignifiante. La même opération pratiquée sur un œil dont les enveloppes étaient dilacérées et la tension faible déterminait une extravasation sanguine abondante.

Ces amas pigmentaires doivent donc être attribués à l'influence d'un processus spécial qui désorganise la couche épithéliale pigmentaire et les couches les plus externes de la rétine, d'où la gravité du pronostic.

Au congrès ophthalmologique d'Heidelberg en 1875, Schmidt-Rimpler avait rapporté l'observation d'un malade dont un œil présentait des amas pigmentaires disséminés çà et là le long des vaisseaux rétiniens, une papille petite et presque atrophiée, des vaisseaux amincis, et du côté externe de la papille on apercevait deux raies blanchâtres dirigées en bas et en dehors. Les renseignements recueillis indiquèrent que cette lésion remontait à la naissance : l'accouchement avait été pratiqué avec le

forceps et une des branches de l'instrument avait contusionné l'œil malade. Schmidt-Rimpler se demandait s'il ne s'agissait pas dans ce cas d'une déchirure de la choroïde avec lésions pigmentaires consécutives. Otto Becker accepte cette manière de voir et rapporte d'autres faits qui semblent le confirmer CH. ABADIE.

Caractères propres aux amblyopies dues à l'usage immodéré de l'alcool et du tabac, par HORNER. XVIIe réunion de la Société centrale de médecine à Zurich, 18 mai 1878 (*Corr.-Bl. f. schweiz-Aerzte, n°* 13, 396, 1er *juillet* 1878).

Ces amblyopies sont assez fréquentes pour que du 1er janvier 1876 au 1er mai 1878, c'est-à-dire dans l'espace de 28 mois, Horner en ait vu 68 cas, tous chez des hommes ayant le plus souvent dépassé la quarantaine.

Les symptômes en sont extrêmement constants. Le trouble visuel apparaît en général subitement et toujours en même temps et avec une intensité presque égale, sur les deux yeux.

Quand la diminution de l'acuité visuelle est beaucoup plus prononcée sur un œil qui n'offre d'ailleurs aucune autre affection capable d'expliquer cette différence, on doit immédiatement soupçonner qu'on n'a pas affaire à un amblyopie purement due à l'intoxication.

D'ordinaire la vision est meilleure au crépuscule ou à l'ombre. Le champ visuel n'est nullement rétréci, mais il existe un scotome central pour le rouge et le vert seulement, d'ailleurs la perception de ces deux séries de couleurs reparaît à la périphérie du champ visuel.

La constance du scotome central est telle qu'Horner l'a constaté 47 fois sur 55 patients.

Pour reconnaître ce symptôme, l'emploi du spectroscope est préférable à celui des couleurs pigmentaires (papiers ou tissus teints) qui n'ont rien de fixe et s'altèrent par l'usage.

A l'ophthalmoscope, l'aspect du nerf optique est très caractéristique, surtout à l'image droite. La totalité de la papille, dont les contours sont restés nets, est plus mate, plus opaque qu'à l'état normal. En outre le tiers nasal de la papille contraste vivement par sa teinte rouge sale, d'un aspect trouble avec les deux tiers temporaux dont la coloration se rapproche du blanc grisâtre; ce blanc de porcelaine mate qui s'étend jusqu'au bord temporal du nerf optique diffère essentiellement du blanc crayeux de l'atrophie consécutive à une névrite et de la teinte blanc jaune de la choroïdite et se distingue aussi de l'atrophie grise tabétique où la moitié nasale de la papille a une couleur gris d'acier spéciale, où la lame cribreuse est visible et où les vaisseaux sont d'une petitesse insolite.

Enfin les symptômes généraux concomitants ne laisseront aucune doute sur le diagnostic. A ce propos, Horner insiste sur l'existence constante de troubles gastriques déjà anciens. D'après lui le plus grand fumeur, le buveur le plus immodéré restent indemnes d'amblyopie, aussi longtemps qu'ils n'ont pas de catarrhe stomacal avec inappétence.

Quant à la nature de l'affection, aucune des hypothèses faites jusqu'ici ne contente pleinement Horner. La périnévrite superficielle admise par Leber ne saurait expliquer ces rapides variations d'intensité d'une affec-

tion qui s'améliore sous l'influence d'une seule bonne nuit ou au contraire s'aggrave à la suite d'une fatigue momentanée. L'idée d'une anémie, bien que plus rationnelle, ne suffit pas non plus à rendre compte de tout. On ne peut pas davantage admettre que l'amblyopie procède directement d'une action toxique de la nicotine ou de l'alcool sur le nerf optique ou sur la rétine.

Tout en réservant le résultat de recherches futures, l'opinion la plus plausible, selon Horner, est qu'il s'agit d'une affection dépendant de l'affaiblissement de la nutrition, de l'épuisement de l'organisme liés au catarrhe gastrique préexistant.

Quelle que soit l'importance du trouble visuel, le pronostic est favorable, si l'amblyopie tient uniquement aux troubles gastriques déterminés par l'abus du tabac ou de l'alcool. Les excès vénériens et les fatigues rendent le pronostic plus sérieux.

Les troubles stomacaux une fois traités, et l'appétit revenu, le patient est guéri. J. B.

De la névrite optique dans l'intoxication saturnine, par J. LESPILLE-MOUTARD (*Thèse de doctorat, Paris*, 1878, *n°* 205).

Voici les conclusions de ce travail inaugural :

La névrite optique saturnine, serait toujours précédée de céphalalgie et de vomissements. Tantôt débutant brusquement, tantôt au contraire avec lenteur, elle atteint les deux yeux à peu près en même temps. Toutefois elle peut les envahir successivement.

Les troubles fonctionnels, les signes ophthalmoscopiques ne diffèrent pas de ceux de la névrite optique ordinaire.

La marche est progressive, sans rémission. Dans deux cas, il y aurait eu une marche intermittente.

Le pronostic est très grave et l'atrophie du nerf est la conséquence presque fatale de cette maladie, quels que soient les moyens thérapeutiques utilisés. F. TERRIER.

Beitraege zur practischen Augenheilkunde (Contributions à l'oculistique pratique), par J. HIRSCHBERG, 3e *fascicule, Leipzig*, 1878 (*d'après le compte rendu du Berliner klinische Wochenschrift*).

On trouve dans ce fascicule 108 observations, se rapportant surtout au glaucome et à la cataracte. Hirschberg a obtenu de bons résultats de l'iridectomie même dans le glaucome hémorrhagique.

Il pratique l'opération de la cataracte d'après la méthode de de Graefe : sur 38 extractions exécutées en 1877 il n'a eu aucun cas de suppuration. Dans son incision en forme de lambeau, il détache de la sclérotique un tiers de la superficie cornéale.

Une seule opération a été suivie d'iritis primaire. Une fois l'insuccès a été complet, une fois l'acuité visuelle a été de $\frac{1}{8}$ et 2 fois le résultat a été médiocre.

Hirschberg a opéré de 1870 à 1877, 236 cataractes nucléaires, dont

228 par la méthode de Græfe et 8 par celle de Weber. Ces extractions lui ont donné en totalité les résultats suivants : 92 0/0 d'yeux aptes à fonctionner ; 4, 2 0/0 d'yeux impropres à la vision, c'est-à-dire dont l'acuité était inférieure à 1/20, mais supérieure à 1/200 ; enfin 3, 8 0/0 d'yeux absolument perdus.

Hirschberg a dressé une statistique soigneuse des 22,523 affections oculaires qu'il a traitées chez 21,440 sujets dans l'espace de 7 ans.

La fréquence relative des diverses maladies de l'œil ressort des chiffres suivants : sur 1000 affections des yeux on en compte 228 pour la conjonctive, 260 pour la cornée, 4 pour la sclérotique, 32 pour l'iris et le corps ciliaire, 22 pour la choroïde, 9 glaucomateuses, 25 pour la rétine et le nerf optique, 15 amblyopiques, 5 amaurotiques, 52 pour le cristallin, 11 pour le corps vitré, 14 pour le bulbe dans son ensemble, 128 pour la réfraction, 50 pour l'accommodation, 49 pour les nerfs et muscles de l'œil, 1 pour la 5e paire, 25 pour l'appareil lacrymal, 1 pour l'orbite, 75 pour les paupières et 1 simulée. J. B.

Sur un nouveau procédé d'extraction de la cataracte à l'aide d'un mode d'incision de la cornée, donnant lieu à un double lambeau, c'est-à-dire à une porte à deux battants pour la sortie du cristallin, par VIBERT. Rapport par GIRAUD-TEULON (*Soc. de chir., p.* 572, 1878).

La méthode de M. Vibert consiste dans la substitution d'une porte à deux battants à l'ouverture rectiligne de Küchler et de Notta, et placée au même lieu que la section de ce dernier. Chaque lambeau rectangulaire a 10 ou 11 millimètres de longueur sur 2 millimètres de hauteur ; de telle sorte que la porte de sortie du cristallin offre une aire de 40 à 44 millimètres carrés de superficie.

Depuis six ans, l'auteur ne fait plus de pansement. Il se borne à placer au devant des yeux une compresse fixée par ses deux extrémités au bonnet du malade. Il laisse ses opérés circuler dans leur chambre ou dans la salle, autant que possible dans un demi-jour.

Les résultats obtenus sont encourageants. Ils sont dus, suivant l'auteur, non seulement à ce que la porte de sortie du cristallin est plus grande, mais surtout à ce que cette large plaie ne se réunit pas par première intention. L'ophthalmite consécutive à l'extraction a pour point de départ ordinaire, à son avis, l'intérieur du globe et non la plaie cornéenne. Aussi, l'objet qui le préoccupe le plus, c'est le soin de diminuer ou de prévenir la fâcheuse influence de l'excès de la pression intra-oculaire. Pour atteindre ce but, il cherche une réunion tardive. De plus, dès que la pression paraît s'accroître, il n'hésite pas à rouvrir la cicatrice ; il l'a fait jusqu'au 15e ou 20e jour après l'opération, et cette pratique lui a valu de nombreux succès.

L'auteur du présent rapport se demande s'il est prudent, dans la crainte anticipée d'un excès possible de tension, de maintenir ainsi de parti pris une absence de clôture dans le globe oculaire, une fistule permanente sclérale ou cornéenne, une absence prolongée de chambre antérieure. Il conteste aussi l'exactitude de la comparaison que fait M. Vibert, au point de vue de la forme et de la qualité de l'incision, entre sa méthode et celle de de Græfe. L.-G. R.

Retinitis albuminuric; improvement after premature confinement. Remarks (Rétinite albuminurique de la grossesse; accouchement prématuré provoqué; amélioration), par MACNAMARA (*The Lancet, vol. II, p.* 842, 1878).

La rétinite albuminurique de la grossesse évolue vite; elle tend rapidement à laisser des traces indélibiles; la cécité absolue peut en être la conséquence à courte échéance. Ce danger pour la vue, les convulsions souvent fatales qui apparaîtront au moment de l'accouchement, autorisent et nécessitent l'intervention. Il faut pratiquer l'accouchement prématuré. Dans 3 cas (dont un est rapporté en détails) cette pratique a été suivie d'une amélioration rapide du côté de la vision et ultérieurement d'une guérison presque absolue. V. CAMPENON.

Ueber einseitige Accommodationslähmung mit Mydriasis auf syphilitischer Basis (Sur la paralysie unilatérale de l'accommodation avec mydriase d'origine syphilitique), par ALEXANDER (d'Aix-la-Chapelle) (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 21, *p.* 302, 27 *mai* 1878).

Parmi les accidents les plus tardifs de la syphilis, se trouve la paralysie isolée des deux branches du moteur oculaire commun, qui président l'une à la contraction du muscle ciliaire, l'autre à celle du sphincter de la pupille. La limitation même de la paralysie à deux rameaux du nerf indique bien qu'elle est de cause non seulement intra-crânienne, mais encore intra-cérébrale.

La paralysie de l'accommodation et la mydriase qui en résulte sont toujours bornées à un seul œil.

En général, il s'est écoulé un plus ou moins grand nombre d'années (jusqu'à 20 ans) depuis l'infection syphilitique, et les patients ont perdu tout souvenir de leur maladie ou l'ont crue complètement guérie, lorsque brusquement survient cette paralysie, sans aucun phénomène concomitant.

Dans la plupart des cas, les symptômes secondaires avaient été remarquablement bénins.

Une circonstance insignifiante, un léger refroidissement, la moindre fatigue ont donné lieu à l'apparition inopinée des accidents oculaires.

Le diagnostic n'offre aucune difficulté; parfois, il existe en même temps de la micropsie.

Durant 11 années de pratique à Aix-la-Chapelle, Alexander a observé 28 exemples de paralysie unilatérale de l'accommodation avec mydriase; 19 d'entre eux étaient de nature indubitablement syphilitique; dans 5 autres, la même origine était au moins vraisemblable; pour les 4 derniers seulement, on pouvait exclure sûrement la syphilis et faire intervenir une cause rhumatismale.

En ce qui concerne le pronostic, cette paralysie oculaire laisse beaucoup à désirer; d'abord elle résiste victorieusement à toutes les médications; ensuite elle est souvent un avant-coureur de troubles de l'intelligence.

Chez 6 au moins de ses 19 syphilitiques atteints de paralysie sem-

blable, Alexander a vu apparaître des symptômes d'aliénation mentale; leurs observations se trouvent dans le travail du médecin d'Aix, ainsi que celle d'une 7e malade affectée de troubles nerveux qu'on a mis peut-être à tort sur le compte de l'hystérie. J. B.

Sur le kératocone, par PANAS (*Soc. de chir., t. IV, p.* 373).

Affection rare, dont la pathogénie et le traitement sont loin d'être bien connus. L'auteur commence par rappeler les traits principaux de la maladie, puis il se demande quelle en est la nature. Il rejette l'idée de l'exagération de la tension intra-oculaire, ainsi que l'opinion de de Græfe, qui attribuait le kératocone à une atrophie essentielle non inflammatoire de la région centrale de la cornée. Il rappelle que His a produit artificiellement sur le lapin le kératocone en raclant, à l'aide d'une aiguille introduite dans la chambre antérieure, le milieu de la face postérieure de la cornée; le raclage de la face antérieure ne produit rien de semblable. Il faudrait donc attribuer la maladie à la destruction de l'endothélium du centre de la cornée. La transsudation de l'humeur aqueuse se fait, d'après les recherches de Leber, aussitôt que l'endothélium se trouve entamé, et la cornée ne s'imbibe qu'à l'endroit privé d'endothélium; c'est ce qui arriverait dans la maladie en question. Il manque seulement une autopsie démontrant qu'en réalité, dans le kératocone spontané, l'endothélium du centre de la cornée est absent ou altéré.

Passant au traitement, l'auteur rappelle le procédé de de Græfe, qui consiste à modifier la partie centrale du cône en remplaçant le tissu aminci de la cornée en ce point par du tissu dense de cicatrice; puis celui de Bader, de Londres, qui consiste à exciser par transfixion un petit lambeau cornéal. C'est ce procédé que l'auteur a suivi chez un malade dont il rapporte l'histoire; le résultat, sans être parfait, est assez satisfaisant. Les injections hypodermiques à la tempe ont rendu grand service; c'est grâce à elles que le larmoiement et la photophobie se sont dissipés.

L'auteur rapporte en terminant les détails d'une expérience qu'il a faite sur le lapin, et dans laquelle il a obtenu le même résultat que His.

L.-G. R.

Deux cas de pannus granuleux de la cornée ayant résisté à la péritomie et à tous les topiques préconisés en pareil cas, et qui ont été complètement guéris par l'inoculation de pus blennorrhagique, par PANAS (*Soc. de chir., t. IV, p.* 426).

Dans un cas, la malade était absolument aveugle avant le traitement subi; actuellement, elle peut vaquer librement à ses occupations, et elle a été délivrée des horribles souffrances éprouvées par elle pendant le cours de son ophthalmie granuleuse. Dans l'autre cas, un jeune homme, privé de lumière, et, malgré cela sujet à une photophobie atroce, ayant les yeux transformés en deux morceaux de chair rouge, recouverts par des paupières énormément tuméfiées, a recouvré la santé et la vue; depuis trois ans, il continue à travailler de son métier

de mécanicien. Non seulement la cornée a retrouvé sa transparence, mais la face interne des paupières, jadis recouvertes de grosses granulations fongueuses rappelant par la forme et le volume les papilles caliciformes de la base de la langue, est redevenue lisse et conserve à peine des traces cicatricielles. On dirait que le virus blennorrhagique jouit d'un pouvoir résolutif des granulations qui n'est comparable à aucun autre mode de traitement, opposé à ces productions néoplastiques.

L'auteur détermine les cas où l'inoculation est contre-indiquée, notamment quand le pannus est relativement léger, ou quand l'un des deux yeux est sain.

Dans les deux cas, Panas a employé, après l'inoculation, la méthode abortive, en touchant les premiers jours la face conjonctivale de la paupière avec le crayon de nitrate d'argent mitigé, et en y appliquant des compresses glacées, puis se bornant ensuite aux lavages réitérés. La photophobie intense, les douleurs ciliaires insupportables et l'insomnie ont cédé très rapidement. La guérison obtenue, des attouchements alternatifs avec un collyre de nitrate d'argent au 30e et un cristal de sulfate de cuivre, aidés du repos momentané des yeux et de quelques douches de vapeur locales, ont suffi pour mettre fin à de petites poussées granuloïdes et pour consolider les résultats acquis. L.-G. R.

Kératite glycosurique, par GALEZOWSKI (*Gaz. méd.*, *n*° 4, 1879).

M. Galezowski communique trois cas de kératites survenues chez des diabétiques sous l'influence de la diathèse glycosurique. Dans un cas, il s'agissait d'un ulcère rongeant de la cornée ; dans les deux autres, d'une kératite diffuse superficielle avec *anesthésie* de la cornée. Un des malades était en outre atteint d'hémiopie homonyme, phénomène d'une grande valeur séméiologique dans le diabète. TROISIER.

Réflexions sur l'opération de la cataracte pratiquée chez les diabétiques, par H. COURSSERANT (*Recueil d'ophthalmologie*, *p*. 10, *Paris*, 1878).

Contrairement aux opinions formulées par certains auteurs, H. Coursserant plaide en faveur de l'opération de la cataracte chez les diabétiques. Dans le but d'appuyer son opinion sur des faits, il relate une observation tirée du service du professeur Trélat, observation qui, d'ailleurs, pourrait être autrement interprétée puisque d'un côté le résultat fut parfait, tandis que de l'autre côté, il y eut des accidents d'irido-choroïdite qui entraînèrent la perte de l'œil.

Deux autres faits heureux dus au docteur Armaignac sont signalés par l'auteur qui, en résumé, ne présente qu'une statistique de 4 cas, dont un insuccès réel. F. TERRIER.

Du zona ophthalmique, par Marc PACTON (*Thèse de Paris*, *n*° 216, 1878).

Voici le résumé des conclusions de ce travail intéressant :

Le zona ophthalmique est l'éruption herpétique dont les divers

groupes de vésicules sont en rapport avec les ramifications superficielles de la première branche du trijumeau.

Le front, ou plutôt le tiers interne du front est la portion du district de l'ophthalmique qui est le plus souvent atteinte.

La muqueuse nasale est parfois envahie par l'éruption.

L'éruption peut se compliquer d'œdème, et on peut croire à l'apparition d'un érysipèle phlycténoïde.

L'œil souffre rarement quand les vésicules ne siègent pas sur les terminaisons des branches du nasal ; il est ordinairement pris quand tout le coté du nez est envahi.

Les altérations oculaires sont par ordre de fréquence : la conjonctivite, la kératite, l'iritis, isolées ou non. Les leucomes et les synéchies postérieures ne sont pas rares.

Le zona résulte de l'irritation, ou plutôt de l'inflammation d'un point quelconque, d'un tronc nerveux mixte ou sensitif, d'un ganglion spinal, d'une racine postérieure, ou des cordons postérieurs de la moelle.

Le zona ophthalmique est la manifestation cutanée de l'irritation, de l'inflammation du ganglion de Gasser, ou d'un point quelconque de la branche ophthalmique (Théorie de Snellen).

Les lésions de la cornée et de l'iris tiennent à l'inflammation des filets ciliaires nés du nerf nasal.

La névrite se propage aux extrémités cutanées ou muqueuses des nerfs et y provoque l'apparition des vésicules d'herpès.

Les névralgies consécutives seront traitées par les courants continus et la section du nerf sus-orbitaire (Abadie).

Lors de la convalescence, la température de la surface cutanée envahie par l'éruption, est abaissée de 1 à 2 degrés par rapport au côté opposé.

Enfin, la pathogénie du zona ophthalmique démontre, d'après l'auteur, que le zona des piliers du voile du palais a dû être souvent confondu avec l'angine herpétique. F. TERRIER.

Ueber die Anwendung des Eserin und Pilocarpin in der augenärztlichen Praxis (Sur l'emploi de l'ésérine et de la pilocarpine en oculistique), par H. SCHMIDT-RIMPLER (*Berlin. klin. Wochens.*, *n*° 24, *p.* 355, 17 *juin* 1878).

Dans plusieurs cas de glaucome simple, l'auteur a employé, suivant la recommandation de Laqueur (*R. S. M.*, X, 255) une solution d'*ésérine* à 1/2 0/0; il n'a pas obtenu toujours une amélioration de la vue. L'influence de ce médicament sur la tension du bulbe oculaire ne lui semble pas encore démontrée. Comme l'affection glaucomateuse peut présenter, durant son cours, des rémissions spontanées, une série prolongée et nombreuse d'observations pourra seule décider de l'utilité de l'ésérine.

Schmidt-Rimpler a essayé aussi l'ésérine dans les affections de la cornée, sans lui trouver un avantage marqué sur l'atropine. En opposition à Ad. Weber, il n'a pas vu non plus que l'ésérine amenât la diminution des kératocèles. Enfin, dans un cas d'ulcère perforant central de la cornée, après avoir remplacé les instillations d'atropine par celles d'ésérine, il a constaté la production d'une hernie de l'iris.

En somme Schmidt-Rimpler estime qu'en cas d'ulcères perforants ou de perforations imminentes de la cornée, le choix entre l'ésérine et l'atropine est subordonné à l'effet mécanique qu'on désire exercer sur la situation de l'iris : si l'ulcération est centrale, l'atropine est indiquée pour obtenir la mydriase ; si elle est périphérique, l'ésérine servira à déterminer la myose.

Les collyres d'ésérine et des paracentèses quotidiennes ont guéri merveilleusement un cas très grave d'ulcère marginal circulaire des deux cornées.

Lorsqu'il existe depuis un certain temps un prolapsus de l'iris ou qu'il y a un staphylome commençant, l'instillation d'ésérine détermine des tiraillements douloureux dans l'œil et de la céphalalgie frontale.

Le chlorhydrate de *pilocarpine* administré en injections, à titre de sudorifique, a fourni à Schmidt-Rimpler des résultats qui concordent en général avec ceux des autres observateurs. Mais comme 1 centimètre cube d'une solution à 2 0/0 n'est pas toujours une dose suffisante, cette médication devient un peu coûteuse. Une femme de 60 ans a éprouvé à la suite de l'injection, un collapsus intense ; quelques malades atteints d'emphysème ou de catarrhe chronique des bronches ont vu leur toux augmenter de telle façon que Schmidt-Rimpler a dû renoncer à la pilocarpine.

D'autre part, l'auteur a constaté, sur un certain nombre de patients, un antagonisme très net entre les effets de la pilocarpine et de l'atropine. Une large instillation d'atropine retardait notablement ou même entravait complètement l'action de l'injection de pilocarpine, sur la sécrétion sudorale ; chez d'autres malades, l'atropine n'a influé que sur les effets sialalogues de la pilocarpine.

Schmidt-Rimpler n'a noté aucune action spécifique de la pilocarpine sur l'irido-choroïdite : dans trois cas de cette affection, après avoir longtemps et inutilement recouru à ce médicament, il lui a substitué les injections de sublimé dont l'efficacité a été rapide. J. B.

Il jaborandi nella produzione della miosi e midriasi pupillare (Action du jaborandi sur la myose et la mydriase pupillaires), par S. JONOLI (*Gazetta medica Italiana Lombardia*, 21 *août* 1878, *et Annali universali di medicina, Milan, novembre*, 1878).

En étudiant les propriétés sialagogues et sudorifiques du jaborandi, l'auteur s'aperçut que ce médicament avait une action très marquée sur l'appareil de la vision. Il résulte des huit observations qu'il publie, que cinq fois la myose a précédé la mydriase ; la première a été fugace, la seconde définitive, c'est-à-dire qu'elle a duré 14 heures. 2 fois il y eut mydriase sans myosis ; dans un autre cas, on n'obtint aucun phénomène pupillaire.

Après avoir établi ces données, Jonoli entreprend une critique des différentes opinions sur la manière d'agir du jaborandi, et croit que ses expériences semblent démontrer que ce médicament est excitateur des deux systèmes cérébro-spinal et sympathique. MARCANO.

Du chlorhydrate de pilocarpine; son action et ses indications dans la thérapeutique des affections oculaires, par G. V. BÉRANGER (*Thèse de doctorat de Paris*, 1878, *n°* 228).

Le chlorhydrate de pilocarpine peut être utilisé soit en injections sous-cutanées, soit en instillations.

Dans le premier cas, il donnerait lieu à une diminution de tension intra-oculaire et serait indiqué dans les glaucomes, l'iritis, quelques opacités de la cornée (?), les corps flottants (?).

L'auteur n'a jamais observé les troubles cardiaques qu'a signalés le Dr Coursserant.

Dans le second cas, le nitrate de pilocarpine agit comme un puissant myotique, et est indiqué dans tous les cas de mydriase.

Avec Galezowski, l'auteur pense que l'emploi de ce médicament est préférable à celui de l'ésérine, en ce qu'il ne détermine aucune irritation et que son influence myosique dure plus longtemps. F. TERRIER.

Removal of sarcoma of orbit with recovery of sight (Ablation d'un sarcome de l'orbite, rétablissement de la vision; récidive), par WOLFE (*Medical Times and Gazette, vol. II, p.* 680, 1878).

Enfant de 8 ans, sans antécédent héréditaires. Depuis cinq mois, saillie de plus en plus prononcée à l'angle externe de l'œil, le globe oculaire est projeté en bas et en dedans; il est recouvert en partie par la tumeur qui le déborde au côté externe. La cécité est absolue, depuis quelques jours. A l'ophthalmoscope : pupille saillante, œdémateuse; vaisseaux sinueux et largement dilatés.

Pendant l'opération on reconnaît que la tumeur a la forme d'un cône dont la base soulève la conjonctive tandis que le sommet s'enfonce dans l'orbite; elle adhère intimement au périoste de la partie supérieure et externe de l'orbite; sa face oculaire est recouverte par une lame celluleuse assez mince qui ne l'isole qu'imparfaitement des muscles droits. L'ablation fut difficile, mais parut complète.

Les suites immédiates furent des plus heureuses : Non seulement la plaie était guérie au 4e jour, mais encore, à cette même époque, la vue avait reparu. — Mais trois mois plus tard l'exophthalmie existait de nouveau, et des symptômes cérébraux éclataient. La mort ne tarda pas à survenir.

V. CAMPENON.

Aphakie et aniridie traumatiques consécutives à un coup de corne de vache conservation de la vue, par DELACROIX (*Union médicale du nord-est, septembre* 1878).

X..., âgé de 62 ans, reçoit au mois de décembre un coup de corne à l'œil droit; il n'y eut après l'accident ni grandes douleurs ni inflammation vive; au bout de 3 semaines la vue, d'abord abolie, revint à l'état où elle est au moment de l'examen; le malade voit les gros objets, mais le grand jour le gêne.

On trouve à l'œil droit les paupières, la cornée et la conjonctive normales; cependant en dehors de la cornée, entre son bord externe et l'insertion du

muscle droit externe, il existe sur la conjonctive une petite cicatrice linéaire, verticale, d'un blanc un peu mat, une autre cicatrice plus petite la coupe perpendiculairement.

A l'examen on ne trouve plus trace d'iris ni de cristallin.

La pupille, la rétine et la choroïde sont saines. H. L.

MALADIES DES OREILLES, DU NEZ ET DU LARYNX

Zur Anwendung der Nasendouche. Unter welchen Bedingungen ist die neuerdings als ein so gefahrvolles Mittel geschilderte Nasen-Rachen-Douche zulässig und ohne Gefahr für das Gehörorgan zu benutzen? (Conditions requises pour permettre l'emploi de la douche naso-pharyngée sans danger pour l'organe auditif), par WEBER-LIEL (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 13, *p.* 177, 1er *avril* 1878).

On sait qu'après avoir été beaucoup employée, la douche nasale de Th. Weber a été vivement accusée de donner lieu à de violentes otites, par pénétration dans la trompe d'Eustache du liquide injecté.

L'objet du travail de Weber-Liel est d'étudier les conditions qui favorisent l'entrée du liquide dans la trompe et le développement des accidents inflammatoires du côté de l'oreille, enfin d'indiquer les modifications que doit subir cette médication pour se faire accepter.

Aux procédés recommandés par Th. Weber et par Davidson pour administrer les douches nasales, l'auteur fait le reproche de produire un jet de liquide discontinu, saccadé, d'intensité variable et déterminant une contraction irrégulière, intermittente des muscles du voile palatin, notamment de l'élévateur du voile qui, lorsqu'il se contracte énergiquement, vient former au devant de l'orifice tubaire un bourrelet protecteur. Weber-Liel se sert d'une seringue et injecte d'un coup tout le liquide.

— Le choix du liquide d'injection a une importance dont on ne s'est pas assez préoccupé. Dans des publications antérieures (*Deutsche Klinik*, 1866, n° 3, et *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, 1870, n°s 4 et 6), l'auteur a déjà montré que les solutions de sulfates de cuivre et de zinc, en pénétrant dans l'oreille moyenne y provoquent de vives inflammations, mais sans perforation du tympan, tandis qu'il n'en est pas de même pour les liqueurs de nitrate d'argent et de sublimé corrosif.

En expérimentant sur des lapins, Weber-Liel et son élève Acker (*Thèse inaugurale*, Berlin, 1877) ont reconnu que les injections de bicarbonate de soude, en traversant la trompe d'Eustache, ne causent que des otites, tandis que lorsqu'il s'agit de solution de sel marin, l'inflammation se complique de perforation du tympan. Ces expériences confirment donc les faits observés sur l'homme. Contre un grand nombre d'affections de l'oreille moyenne, Weber-Liel pratique depuis longtemps des injections de bi-carbonate qui n'ont jamais été suivies du moindre accident.

D'ailleurs, dans l'opinion de Weber-Liel, chez certains patients, il n'est pas nécessaire que le liquide passe dans la trompe pour provoquer des accidents; il suffit qu'ils s'exposent à un léger refroidissement immédiatement après l'injection (Voy. *R. S. M.*, X, 266 et 653). J. B.

De l'angine folliculeuse, par César BŒCK (*Norsk Magaz. f. Lægevidsk.*, *R. 3*, *Bd. VII, förhandl.*, *p.* 6. — *An. in Nord. med. Arkiv*, *Bd. IX*, *n°* 18, *p.* 16-17).

L'angine folliculeuse serait, d'après Bœck, une maladie infectieuse et contagieuse. Les descriptions données jusqu'ici ont été inexactes et incomplètes parce qu'on a souvent confondu l'angine folliculeuse avec la diphthérie. Il est vrai que dans bien des cas le diagnostic est difficile. La diphthérie se présente sous deux formes : 1° la forme gangréneuse ; 2° la forme rongeante avec élimination des parties intéressées. La dernière est la plus facile à confondre avec l'angine folliculeuse. Celle-ci peut encore prendre l'aspect d'un simple catarrhe des amygdales et du pharynx sans perdre son caractère contagieux.

Voici sur quel argument l'auteur base son opinion : on peut suivre dans une même famille le mode de transmission de la maladie d'un individu à un autre ; dans la même ville elle se propage de rue en rue, de maison à maison. Plusieurs exemples à l'appui sont apportés par l'auteur. L'incubation dure 8 jours, assez souvent il y a des accidents articulaires pendant la convalescence comme dans la scarlatine.

Bœck, ayant examiné au microscope l'enduit blanchâtre qui recouvrait la base de la langue et les amygdales, y trouva *leptotrix buccalis*, et des bactéries en grande quantité.

Bidenskap admet avec Bœck que l'angine folliculeuse est une affection *sui generis ;* il remarque que dans ce cas l'intensité de la fièvre n'est point en rapport avec les phénomènes locaux; Larsen ne pense point non plus qu'une température de 40° puisse se rencontrer dans un simple catarrhe. Au contraire, Heiberg, Winge et le professeur Voss sont tout disposés à croire à une angine catarrhale prenant un aspect spécial par suite de la localisation aux amygdales. L'angine phlegmoneuse s'accompagne de la même élévation de température et aboutit comme toutes les phlegmasies locales à la formation d'un abcès. Or, comme le fait remarquer Faye, il est impossible de dire où finit l'angine folliculeuse et où commence l'angine phlegmoneuse. Lundh, sans entrer dans la discussion, ne voit rien qui permette de nier le caractère contagieux de la maladie puisque de simples catarrhes comme la grippe peuvent être eux-mêmes contagieux. L. THOMAS.

Ueber Kehlkopfsverengerung durch membranartige Narben in Folge von Syphilis (Sur la laryngosténose due à des membranes cicatricielles d'origine syphilitique), par Julius SOMMERBRODT (*Berlin. klin. Wochens.* n° 13, *pg* 175, 1er *avril* 1878).

L'auteur, en compulsant la littérature médicale, a trouvé 21 observations semblables à la sienne : 6 ont été publiées à New York, par Elsberg (*American Journal of Syphiliographie and Dermatology*, jan-

vier 1874); 7 appartiennent à Schrötter (*Jahresberichte der Klinik für Laryngoscopie*, 1870 et 1871-1873) et à Türck (*Krankheiten des Kehlkopfes*) ; enfin les auteurs suivants en ont fourni chacun 1 : Schnitzler (*Wiener medizinische Presse*, 1867), Störk (*Wiener medicinische Wochenschrift*, 1867), Navratil (*Laryngolog. Beiträge*, 1871), Rossbach (*Langenbeck's Archiv*, IX), Tobold (*Laryngoscopie*, 1874), Mackenzie (*Medical Times and Gazette*, 1871) et Massei (*Lo Sperimentale* et *Virchow's Jahresber.* 1872.)

Femme de 36 ans, ayant avorté 2 fois; il y a 18 mois elle a eu un violent mal de gorge avec dysphagie intense; six mois plus tard, débutait l'enrouement qui dès lors a persisté; enfin dans les six derniers mois, est apparue une gêne de la respiration qui a été sans cesse croissant et a fini par l'empêcher de se livrer aux travaux des champs. — Ganglions cervicaux postérieurs indurés à gauche. Embonpoint passable. Rien d'anormal dans le pharynx.

Rougeur vive de la face inférieure de l'épiglotte et des cordes vocales supérieures. Injection considérable des deux cordes inférieures qui, dans leur portion antérieure, sont ulcérées à partir de la commissure, sur une étendue de 3 à 4 millimètres et ont leurs bords en contact. Au-dessous de la corde vocale droite, on voit un bourrelet muqueux rouge qui la déborde en dedans; au-dessous de la corde vocale gauche, la portion de muqueuse saillante est beaucoup moins grande et se borne à un liséré rouge. — Raucité très-marquée; cartilages aryténoïdes mobiles des deux côtés; 1 gramme d'iodure de potassium par jour.

Dès la première huitaine du traitement, on constata une diminution de la rougeur et du bourrelet proéminent formé par la muqueuse au-dessous de la corde vocale inférieure droite. Au bout d'une quinzaine, l'adhérence des deux cordes vocales au niveau de leur tiers antérieur était effectuée; au bout de 6 semaines après le début du traitement, la malade offrait l'état suivant :

Les cordes vocales inférieures sont réunies par une membrane cicatricielle uniformément blanche et fortement tendue; elle paraît très-mince au voisinage de son bord postérieur qui est libre et falciforme; à la surface de ce diaphragme on aperçoit, partant de la commissure, deux petits vaisseaux ramifiés. Lorsque la patiente essaie de parler, la membrane se déprime de façon à permettre un rapprochement presque complet des aryténoïdes. Dans le point où le bord postérieur concave du diaphragme est le plus rentrant, il ne reste pour le passage de l'air qu'un espace de 3 à 4 millimètres, bien inférieur à celui qui existait avant la soudure cicatricielle. Nonobstant, la dyspnée est beaucoup moindre qu'elle n'était et la malade a pu reprendre sans difficulté ses travaux de campagne; elle est naturellement entièrement aphone.

En compulsant tous les faits analogues, S... arrive à tracer de cette affection le tableau suivant :

L'altération de la voix et la gêne respiratoire sont deux phénomènes constants; la première est toujours très intense; quant à la dyspnée, il n'y a pas toujours une relation exacte entre son intensité et le degré de rétrécissement laryngé.

Le siége de la membrane se trouve, dans la majorité des cas, au niveau des cordes vocales inférieures, soit qu'elles participent elles-mêmes à la formation de la cicatrice, soit qu'elles soient simplement fusionnées entre elles par la membrane. Il est ensuite assez commun de voir la

membrane au-dessous des lèvres de la glotte restées libres ; enfin Tobold a observé l'adhérence membraneuse limitée aux cordes vocales supérieures.

L'orifice, qui subsiste après formation de la membrane, est presque toujours situé à la partie postérieure de la glotte; il est arrondi ou falciforme. Cependant Navratil l'a vu occuper une fois le milieu de l'espace glottique et Elsberg une fois le côté gauche, parce que la membrane cicatricielle s'étendait tout le long du bord libre de la corde droite et venait se fixer à la région inter-aryténoïdienne au niveau de l'insertion de la corde gauche. Quant à la pathogénie de ces membranes cicatricielles, elle est hors de doute : le diaphragme résulte de la guérison de surfaces ulcérées situées en face les unes des autres et se touchant d'une façon plus ou moins continue.

Rossbach et Sommerbrodt (dans le fait résumé plus haut) ont seuls eu la chance de voir s'effectuer sous leurs yeux la soudure des lèvres de la glotte, en notant le temps nécessaire à cette conséquence de la cicatrisation des ulcérations syphilitiques. Chez le malade de Rossbach, il a suffi de 8 jours pour que les deux tiers antérieurs de la glotte fussent réunis par la membrane de cicatrice. Chez la patiente de Sommerbrodt, au bout de 15 jours, il y avait soudure du tiers antérieur et au bout de 6 semaines, la cicatrisation et l'adhérence consécutive étaient étendues au reste de la glotte. J. B.

On incarceration of the epiglottis, par J. Solis COHEN (*Philadelphia med. and. surg. Reporter*, 1878, *et London med. Record*, 15 *novembre* 1878).

L'auteur appelle l'attention sur une cause peu connue des troubles asphyxiques qui surviennent dans le cours de la laryngite striduleuse chez l'enfant. Deux fois il a eu l'occasion d'observer des accidents mortels survenus par le mécanisme suivant :

Dans l'été de 1867 on lui amena un petit garçon de 2 à 3 ans, scrofuleux et atteint de laryngite striduleuse avec accès de suffocation intenses. Un accès survint en sa présence : voyant que les applications d'eau chaude sur le cou, que l'ammoniaque approchée des narines n'arrêtaient pas l'accès, il plongea le doigt dans l'arrière gorge et sentit alors que l'épiglotte était énergiquement maintenue en arrière par la contraction spasmodique des muscles aryténo-épiglottiques et obturait ainsi complètement le passage de l'air Il put, en soulevant l'opercule, permettre l'inspiration et arrêter l'asphyxie. L'enfant mourut plus tard dans un accès analogue.

Dans une deuxième observation, mêmes phénomènes produits par la même cause.

L'auteur regarde, dans ces cas, la trachéotomie comme formellement indiquée pour prévenir l'asphyxie. A. C.

Œdema of Larynx. Tracheotomy. Formation of a Tumor in the trachea at the point of Incision (Œdème du larynx. Trachéotomie. Production d'une tumeur dans la trachée au niveau de l'incision), par Andrew SMITH (*New York med. Journ., janvier* 1879).

A. S..., âgée de 7 ans en mangeant une pomme sent quelque chose s'attacher dans sa poitrine, et présente un enrouement manifeste ; quatre

jours après la dyspnée se déclare avec une telle intensité que la trachéotomie est rendue nécessaire. Le lendemain de l'opération on constate que l'air ne traverse pas le larynx; le surlendemain l'enfant rejette soudainement par la bouche une quantité abondante de matière muco-purulente, le soulagement augmente de jour en jour, et au 8e on retire la canule.

Peu de temps après la guérison, on remarque que l'enfant manifeste une légère gêne dans la respiration après de violents efforts, et au bout de 6 semaines il y a un bruit laryngé strident quand la respiration est précipitée pendant le sommeil.

L'examen au laryngoscope permet de reconnaître l'existence d'une tumeur ayant le volume d'une groseille, attachée au côté gauche de la cicatrice. On pratiqua des inhalations de perchlorure de fer. Deux jours après l'enfant rejeta, après une quinte de toux, un caillot de sang assez considérable. L'examen laryngoscopique pratiqué 3 heures plus tard montra que la tumeur avait disparu et en peu de jours tous les troubles de la respiration s'évanouirent. H. L.

Ueber hysterische Stimmband-Lähmung (Paralysie hystérique des cordes vocales), par GERHARDT (de Würzbourg) (*Thür. Corr.-Bl., t. I*, 1878).

Malgré le caractère changeant de ces paralysies on peut s'assurer au moyen du laryngoscope, qu'elles portent de préférence sur certains muscles ou groupes de muscles.

Ceux qu'on a trouvé pris le plus souvent, sont par ordre de fréquence, l'aryténoïdien transverse, le thyro-aryténoïdien et le crico-aryténoïdien latéral. La paralysie unilatérale est relativement rare ; elle siége alors à gauche.

L'auteur accorde une grande valeur aux trois signes suivant : 1° Conservation de la voix pour certaines fonctions. C'est ainsi que quelques-unes de ses malades pouvaient chanter à pleine voix un air dont il leur était impossible de dire les paroles d'une façon intelligible. Il arrive surtout que des malades parfaitement aphones du reste, ont une toux sonore ; cette dernière particularité serait caractéristique. 2° Coïncidence de troubles sensitifs très marqués, consistant en anesthésie ou hyperesthésie du pharynx et de l'entrée du larynx. L'anesthésie est fréquente et permet l'introduction d'électrodes dans le larynx, jusque sur les cordes vocales. 3° Persistance de la contractilité électrique, mise en jeu par l'électrisation directe comme ci-dessus, ou par l'application cutanée. Le malade peut, sous cette influence, faire entendre quelques mots de suite.

Dans les cas récents les courants faradiques ont donné de nombreuses guérisons ; quand ils ne réussissent pas seuls, on les fait alterner avec la galvanisation cutanée ou la compression du larynx d'après la méthode d'Olliver. ASSAKY.

Note on a case of laryngeal vertige (Note sur un cas de vertige laryngé), par J. R. GASQUET (*The Practitioner, août* 1878).

Il s'agit, dans cette observation, d'un amiral en demi-solde, ayant toujours mené une vie active et qui avait joui jusque dans ces dernières années de la santé la plus florissante. Il y a trois ans, à l'âge de 70 ans,

il fut pris d'une forte bronchite, avec toux spasmodique et accès de dyspnée se renouvelant plusieurs fois par jour. C'est à partir de cette époque qu'il devint sujet aux attaques dont il donne lui-même la description suivante : Il perd subitement connaissance et tombe sur le sol ; au bout de deux ou trois minutes il revient à lui, mais reste encore quelque temps étourdi. L'accès se borne à ces seuls phénomènes ; jamais de convulsions, de cris, ni aucun autre symptôme.

Ce malade a été successivement traité comme atteint d'une affection cérébrale mal déterminée, d'épilepsie, de vertige stomacal, etc., mais sans succès. Au bout d'un certain temps, il remarqua que les attaques qui revenaient à des intervalles très-irréguliers, étaient toujours précédées par une irritation du larynx et une toux spasmodique, laquelle toutefois était loin d'être constamment suivie de l'explosion de l'accès. C'est alors qu'il se décida à soigner sérieusement son larynx, qui est aujourd'hui guéri. En même temps les attaques ont disparu, et depuis neuf mois le malade en est complètement débarrassé.

Cette intéressante observation se rapproche beaucoup des faits de M. Charcot, dont on trouvera l'analyse dans la *Revue des sciences médicales* du mois de juillet 1877. Il semble que l'irritation laryngée ou pharyngée puisse être transmise au ganglion cervical inférieur, comme dans les autres variétés de vertige. Un phénomène réflexe expliquerait d'une manière assez satisfaisante la perte brusque de connaissance et la prompte disparition des accidents. GASTON DECAISNE.

Ueber eine bisher nicht beobachtete Form submucöser Haemorrhagie der Kehlkopfschleimhaut (D'une forme non encore observée d'hémorrhagie laryngée sous-muqueuse), par Julius SOMMERBRODT (*Berlin. klin. Wochens.* n° 13, *p.* 177, 1er *avril* 1878).

Une jeune fille de 20 ans vient trouver l'auteur en lui déclarant que deux heures auparavant elle a avalé en déjeunant quelque chose qui lui est resté dans la gorge ; depuis ce moment elle éprouve en un point du larynx une sensation très gênante de picotements et de compression.

Le laryngoscope révèle la présence sur le milieu de la paroi postérieure du larynx, d'un corps arrondi, noirâtre, offrant les dimensions d'un noyau de cerise. Tout le reste du larynx est absolument normal. A première vue, on pourrait prendre ce corps pour une balle de plomb, mais le stylet en fait constater la mollesse : il est adhérent au niveau de la région inter-aryténoïdienne postérieure et remonte jusque près du bord supérieur de la paroi laryngée postérieure ; d'ailleurs le contact de l'instrument ne détermine ni douleur ni hémorrhagie.

L'incision de la tumeur donne issue à du sang noirâtre et fait cesser tous les symptômes morbides. J. B.

De l'herpès du larynx, par Ch. FERNET (*France médicale*, 20 *novembre* 1878).

Chez un malade atteint d'un herpès généralisé fébrile, l'auteur a vu l'éruption vésiculeuse dans le larynx, en même temps qu'elle avait envahi d'autres membranes muqueuses, notamment la conjonctive, la pituitaire et le pharynx. Le laryngoscope a permis de constater l'existence d'une grosse vésicule blanchâtre siégeant sur la muqueuse

qui recouvre la face antérieure du cartilage aryténoïde gauche. Des vésicules semblables occupaient les bords du voile du palais et de la luette. Cette observation aurait, suivant M. Fernet, une réelle importance au point de vue nosologique et au point de vue clinique : au point de vue nosologique, en établissant l'existence d'une espèce non décrite, ou à peine indiquée, d'affection aiguë du larynx; au point de vue nosologique et clinique à la fois, en renforçant l'hypothèse déjà émise que certains croups bénins pourraient être dus au développement d'une éruption d'herpès dans le larynx. GASTON DECAISNE.

Die Verbreitung der Taubstummheit im Königreich-Bayern nebst einer internationalen Statistik dieses Gebrechens (De la surdi-mutité en Bavière avec une statistique internationale), par George MAYR (*Statistique du royaume de Bavière*, 35e *fasc.*, *Munich* 1877).

D'après le dénombrement de 1871, le nombre des sourds-muets serait en Bavière, de 4381, le sexe masculin l'emportant légèrement sur le sexe féminin. De ce nombre, 350 se trouvent dans des établissements spéciaux, 184 dans les hospices ordinaires et 3850 vivent dans leur famille. L'obstacle que cette infirmité apporte au mariage est prouvé par la proportion de célibataires (96 0/0). Comme la cécité, elle est très fréquente chez les Israélites.

On a dit que la surdi-mutité dépendrait de conditions géologiques spéciales, et l'on a dit qu'elle était plus fréquente dans les terrains d'ancienne formation. Pour vérifier cette hypothèse, l'auteur a dressé une carte de la surdi-mutité dans l'Allemagne méridionale qu'il a comparée à la carte géologique, et sa conclusion est que, bien que la constitution du terrain exerce une influence marquée sur cette infirmité, elle n'en est pas l'unique cause. Malheureusement, le recensement de 1871 ne fournit rien de précis à ce sujet, si ce n'est dans certains cantons visités par la méningite cérébro-spinale épidémique, beaucoup d'enfants sont « devenus » sourds-muets. En 1858, sur 2,644 sourds-muets, il n'y avait que 519 cas de surdi-mutité acquise. L'âge des enfants ainsi atteints est compris entre 5 et 10 ans.

Si nous passons à la statistique internationale, sur une population de 206 millions d'habitants étudiés à ce point de vue, il existerait 152751 sourds-muets 7,40 pour 10000. Nous trouvons pour les proportions des différents pays les chiffres suivants : pour l'Europe 7,81, pour l'Amérique du nord 4,20; la Belgique, 4,39, la Hollande, 3,35, occupent le dernier rang. Dans l'Allemagne du sud, les terrains d'alluvion fournissent aussi une proportion très faible. Au-dessous de la proportion de 7,40 pour 10000, nous trouvons la Grande-Bretagne (5,74), le Danemark (6,20), la France (6,26), l'Espagne (6,46) et l'Italie (7,34). Au-dessus de ce chiffre nous mentionnerons principalement l'Irlande (8,25), la Norvège (9,81) et la Suède (11,80). En France la proportion générale est faible, mais dans trois régions étendues elle s'élève considérablement; ces trois régions sont exclusivement montagneuses: la première est dans les Cévennes, la seconde dans les Pyrénées, la troisième dans les départements de la Savoie et des Hautes-Alpes; la proportion s'y rapproche de celle de la Suisse, dans laquelle on trouve 6544 sourds-muets avec l'énorme pro-

portions de 24,52 pour 10000 habitants. Dans l'empire allemand il y a 38439 sourds-muets des deux sexes (9,66 pour 10000), dans la Prusse seule 24315 (9,9 pour 10000).

L'Autriche-Hongrie renferme 20699 sourds-muets donnant le gros chiffre de 13,43 par suite de l'énorme fréquence de cette infirmité dans les Alpes autrichiennes (16, 20, 21 et même 44 pour 10000). Dans trois districts, à Salzbourg et en Carinthie, on trouve 1 sourd-muet sur moins de 200 habitants.

L'auteur a constaté que la population des plaines possédait une certaine immunité contre cette infirmité ; il ajoute cependant que les résultats fournis par les provinces orientales de l'Allemagne du nord (provinces de Poméranie, de Posen, de Prusse) semblent contredire cette opinion. De Trœltsch, auquel nous empruntons cette analyse, fait observer que cette contradiction n'est qu'apparente et que dans ces provinces il règne, depuis 1864, de graves épidémies de méningite cérébro-spinale qui fréquemment donne lieu, comme on sait, à la surdi-mutité acquise. C'est ainsi qu'à Bamberg, les 42 enfants de l'asile, et à Nuremberg 22 des 32 élèves, devraient leur infirmité à cette maladie (Ziemssen).

R. CALMETTES.

Zum Mechanismus des Gaumensegels und des Tuba Eustachii bei Normalhörenden (Du mécanisme du voile du palais et de la trompe d'Eustache à l'état normal de l'ouïe), par LUCÆ (*Archiv f. path. Anat. und Phys.*, *t. LXIV*, *p.* 238).

Relation de deux nouveaux cas de destruction plus ou moins complète du nez par des accidents syphilitiques.

Ouïe absolument normale. L'observation directe de la trompe d'Eustache était très facile. Il était évident qu'à chaque soulèvement énergique du voile du palais, par conséquent pendant la déglutition et la phonation, il y avait une fermeture de l'orifice de la trompe. C'est le contraire de ce qui est admis généralement. C. Z.

Mittheilung uber die Function der Tuba Eustachii (Sur la fonction de la trompe d'Eustache), par A. HARTMANN (*Arch. f. Anat. u. Phys..*, *p.* 543-548, 1877).

Lorsqu'on se soumet à des pressions plus élevées que la pression atmosphérique, on sent une assez vive douleur dans l'oreille, et il est nécessaire de faire des mouvements de déglutition pour que ce sentiment de gêne prenne fin. (Il en est de même pour les pressions moins considérables que la pression atmosphérique. Ainsi dans les ascensions aéronautiques, même à 600 mètres, on éprouve déjà une sensation assez pénible dans l'oreille, et quelques mouvements de déglutition suffisent pour la faire cesser.)

Hartmann pense que la trompe d'Eustache, à l'état de repos, est fermée, et que ses parois molles s'appliquant l'une contre l'autre forment une sorte de valvule, qui ferme la trompe complètement, surtout lorsque la pression s'élève. La déglutition seule peut rétablir l'équilibre entre la pression de la caisse du tympan et la pression de l'arrière-cavité des fosses nasales. Les muscles qui élèvent le voile du palais (péristaphylins

internes) tendent la paroi membraneuse de la trompe d'Eustache, et en font un canal ouvert, rigide, qui permet à l'air de la caisse du tympan de prendre la même pression que l'air extérieur. CH. R.

Beobachtungen über die Thätigkeit des Trommelfellspanners bei Hund und Katze (Remarques sur l'action du tenseur tympanique chez le chien et le chat), par V. HEUSEN (*Archiv f. Anat. u. Phys.*, *p.* 312-318, 1878).

Ces recherches intéressantes ont eu pour but de vérifier l'assertion de différents auteurs relativement à la fonction du muscle du marteau, qu'on n'avait pas encore soumise à l'expérimentation directe.

Sur des chiens très légèrement curarisés, on met à nu l'apophyse mastoïde, puis avec une couronne de trépan, en s'aidant de la gouge et du maillet, on arrive à la caisse du tympan. L'hémorrhagie est peu considérable, et, quand on l'a arrêtée, on voit le muscle du marteau dans lequel on peut piquer une fine aiguille.

Or, dans ces conditions, chaque son, chaque bruit provoque un mouvement de l'aiguille. Si on chantait une mélodie quelconque, l'aiguille semblait suivre les mouvements de renforcement ou de diminution du son. Les sons aigus semblent exciter la contraction du muscle plus que les sons graves : avec deux cents vibrations, c'est à peine si le muscle se contracte.

H... a mesuré aussi le temps qui s'écoule entre l'excitation sonore et la contraction du muscle. Malheureusement il n'a pas employé l'inscription graphique directe (par l'aiguille plantée dans le muscle) de sorte que ses résultats qui nécessitent l'intervention d'un observateur, et la correction de l'équation personnelle,n'ont peut-être pas une précision suffisante. Il a trouvé que le temps perdu total était de 92 millièmes de seconde à 73 millièmes. (Exner a trouvé pour le mouvement des paupières 0'.058.)

Il est juste d'ajouter que Heusen se propose de développer ces expériences. CHARLES RICHET.

Eine neue Methode der Hörprüfung mit Hülfe elektrischer Ströme (Nouvelle méthode pour apprécier la sensibilité de l'ouïe par des courants électriques), par HARTMANN (*Comptes rendus de la Soc. physiol. de Berlin in Arch. f. An, u. Phys.*, 1878, *p.* 155).

Le principe de cette nouvelle méthode est très simple. Les vibrations du diapason introduit dans un courant d'induction font vibrer un téléphone. En graduant l'intensité du courant d'induction, qui passe à travers un diapason, on a des sons téléphoniques dont l'intensité est en raison directe de l'intensité du courant. Or, comme on peut graduer avec la plus grande précision l'intensité des courants électriques, on a par là même une méthode très précise pour apprécier la sensibilité de l'ouïe. CH. R.

Valeur diagnostique de la douleur d'oreille dans les affections de la langue et principalement dans le cancer, par G. RICHARD (*Thèse de Paris*, n° 393, 1878).

La douleur d'oreille ou otalgie symptomatique avait déjà été signalée comme phénomène intercurrent pendant l'évolution du cancer de la langue par Bouisson, Th. Anger et plus récemment par Chauvis, Hugonneau et A. Fournier. L'auteur a pensé qu'il avait une importance assez grande pour faire le sujet d'une thèse inaugurale.

L'otalgie symptomatique du cancroïde de la langue et de la stomatite ulcéro-membraneuse débute en général assez brusquement le malade étant au lit, pour peu que l'ulcère soit envahissante. Elle est intense et peut réveiller le malade en sursaut; elle peut être moyenne et se faire sentir au coucher ou au réveil, enfin elle peut être tout à fait faible. C'est une douleur lancinante siégeant dans le fond du conduit auditif externe irradiée de la langue vers la base du crâne.

Elle siége de préférence du côté même de la lésion, ou du côté où cette dernière est plus profonde.

L'otalgie n'est presque jamais accompagnée de lésions de l'oreille moyenne ni de surdité.

On ne l'observe jamais que dans les cas d'épithélioma, de stomatites ulcéro-membraneuses, et de brûlures de la langue. Ce dernier point n'est pas encore bien avéré.

Elle est expliquée assez facilement à l'aide de la théorie qui regarde la corde du tympan comme naissant du nerf trijumeau et étant un nerf sensitif en grande partie. Les dernières expériences de M. le professeur Vulpian semblent confirmer cette hypothèse. SCHWARTZ.

Subjective and objective aural sound (Bruits subjectifs et objectifs produits dans les oreilles), par GREEN (*Boston soc. for. med. observation ; Boston med. and surg. Journ.*, 30 *mai* 1878).

Un enfant de 8 ans, très intelligent et d'une bonne santé habituelle, se plaint quelquefois de céphalalgie et de sifflements dans les oreilles. Ces sifflements sont perçus non seulement par le malade, mais aussi par les personnes qui se trouvent près de lui. Oreilles, gorge et nez normaux, ouïe bien conservée. Le sifflement a un timbre musical; sa tonalité est assez élevée. Il est intermittent et isochrone avec les pulsations des artères carotides. Il se produit dans les deux oreilles, mais il est plus fort dans l'une que dans l'autre. Une pression légère sur la carotide le fait disparaître dans l'oreille correspondante. Il est localisé dans les oreilles et ne se propage pas aux parties environnantes. Bruits du cœur et des gros vaisseaux normaux ; rien d'anormal du côté des vaisseaux du cou.

Il est probable que ce phénomène se produit dans l'artère carotide au niveau de son passage dans le rocher. L'auteur ne croit pas à l'existence d'un anévrysme, vu l'âge du malade, l'intermittence du bruit, sa présence dans les deux oreilles. J. B. H.

Étude sur la pression intra-labyrinthique, par MORISSET (*Thèse de Paris, n° 319, 1878*).

L'auteur a étudié dans cette thèse non seulement la pression intra-labyrinthique physiologique, mais encore les conséquences pathologiques qu'entraînent ses variations anormales.

La pression intra-labyrinthique est égale normalement à celle de l'atmosphère, le régulateur de cette pression, qui s'exerce dans un espace non élastique, est la fenêtre ronde munie de sa membrane. Les pressions transmises par l'étrier à la fenêtre ovale font saillir plus ou moins la membrane de la fenêtre ronde.

Les variations physiologiques de la tension dans le labyrinthe sont dues à la déglutition et à l'accommodation de l'appareil auditif.

La contraction des muscles dilatateurs de la trompe d'Eustache et du muscle du marteau augmentent la tension, les antagonistes sont la membrane élastique du tympan et de la fenêtre ronde et le muscle de l'étrier.

La rupture de l'équilibre entre ces 2 forces amène une modification de la pression intralabyrinthique, c'est ce que produisent par exemple une sclérose de la caisse, une paralysie du muscle de l'étrier.

Le rapport existant pendant la vie entre la tension des vaisseaux de l'oreille interne et celle du liquide de Cotugno, peut être détruit soit par un trouble circulatoire général, soit par une lésion du sympathique ou du trijumeau produisant dans la cavité close du labyrinthe une congestion ou des troubles trophiques.

L'excès de tension, à quelque cause qu'il soit dû, produit les troubles suivants :

Bourdonnements, surdité ou des troubles réflexes comme vertige, titubation.

Il y a une analogie frappante entre le glaucôme de l'œil, et le syndrome résultant d'une exagération de la pression intra-labyrinthique qu'on pourrait nommer glaucome auriculaire ; ce dernier peut devenir hémorrhagique et constitue alors la maladie de Ménière.

Une disposition particulière de l'articulation du marteau et de l'enclume fait que la paralysie du muscle du marteau ou l'exagération fonctionnelle du muscle de l'étrier n'agissent que faiblement pour décomprimer le liquide de Cotugno. E. SCHWARTZ.

Ein Fall von objectiv wahrnehmbaren Ohrgeräuschen (Un cas de bourdonnements d'oreilles perceptibles à distance), par W. POORTEN (*Monatschrift für Ohrenheilkunde, n° 4, avril 1878*).

Il s'agit d'une dame de 45 ans atteinte d'irritation spinale, se manifestant sous forme de névralgies violentes, de douleurs occupant la nuque ou bien le côté gauche de la face avec irradiation dans le cou, par une parésie légère du bras gauche, etc. Cet état dure depuis de nombreuses années, commençant avec les premiers froids et s'améliorant un peu avec la belle saison. Traitement : courants constants.

Le 20 décembre 1877, cette dame s'est heurté violemment la tête dans l'obscurité contre le bord d'une porte entr'ouverte, au niveau de la région pariétale gauche; syncope, vomissements dans la nuit. 15 jours après, léger battement dans l'orbite gauche, céphalalgie violente s'irradiant de la blessure, avec bourdonnement dans l'oreille du même côté analogue au bruit de la marée montante. C'est un bruit de souffle systolique que l'on entend à une distance de 8 pouces, au contact il est presque pénible à supporter pour l'observateur. La région où on le perçoit est aussi très considérable. Du bord supérieur gauche du cartilage thyroïde, il va en augmentant d'intensité jusqu'à l'oreille, et de là il s'étend à toute la surface du crâne jusqu'à la 7e vertèbre cervicale. Il semble même plus fort dans l'oreille droite que dans la gauche. La compression de la carotide primitive, qu'on ne peut pratiquer que pendant quelques secondes, n'en amène pas la disparition ni objectivement ni subjectivement. La compression de la branche mastoïdienne de l'auriculaire postérieure n'a pas d'influence sur sa production, mais en diminue la perception chez la malade. Le spéculum pneumatique en augmente très notablement la production et la perception quand l'air est raréfié, les diminue dans le cas contraire. C'est le matin au réveil que la céphalalgie offrait son maximum de fréquence, et diminuait vers midi sans disparaître : c'est également le matin, avant le lever, que le bourdonnement était le plus insupportable.

Ce symptôme si fréquent dans les maladies de l'oreille, ne pouvait cependant pas s'expliquer par une lésion de la caisse. L'ouïe était extraordinairement développée de ce côté, le diapason, au contact des os du crâne, s'entendait également dans les oreilles; les résultats fournis par le spéculum de Siegle prouvaient bien encore qu'il ne s'agissait pas d'une augmentation de pression dans le liquide labyrinthique. C'était donc un bruit engendré dans la cavité crânienne et transmis à l'oreille par le temporal : cela semblait d'autant plus vraisemblable qu'il était rythmique, isochrone aux battements du pouls, c'est-à-dire moins fort de souffle.

L'auteur a trouvé dans la littérature otologique, trois cas de bourdonnements ainsi perceptibles à distance : l'un est dû à Rayer, l'autre à Politzer, l'autre à Hutchinson. Mais dans la littérature chirurgicale et principalement dans celle qui concerne les anévrysmes crâniens, le nombre en devient plus considérable. En terminant, il rappelle le conseil de Rayer, ausculter toujours les bruits auditifs. R. CALMETTES.

Des troubles auditifs dans le mal de Bright, par Paul PISSOT (*Thèse de Paris*, *n*° 125, 1878).

Vaguement signalés par Rayer, Rosenstein, Dupuy (de Fronsac), les troubles auditifs de la maladie de Bright ont été mieux étudiés par Lecorché et surtout par Dieulafoy (*Gazette hebdomadaire* 6 avril 1877 et 25 janvier 1878).

Ce sont les diverses observations publiées à ce sujet qui ont été relatées par l'auteur de cette thèse et de cette analyse il conclut que ces troubles s'observent soit au début, soit dans le cours de la maladie de Bright, qu'ils sont intermittents, qu'ils coïncident ou devancent l'apparition de l'œdème, qu'ils semblent liés à toutes les formes de néphrites.

Les lésions, d'après les recherches absolument incomplètes de Ladreit de la Charrière, avaient été dans un cas : une déchirure du tympan (!), dans un autre cas une vascularisation avec sclérose du tympan.

Rosenstein croit à l'œdème du nerf auditif dans son trajet intra-crânien; cette hypothèse paraît admissible à l'auteur (?). F. TERRIER.

Ueber Myringoplastik (De la myringoplastie), par BERTHOLD. Mémoire lu à la Société des naturalistes de Cassel. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde, n° 11, novembre 1878*).

On sait toute l'importance qu'offre la régénération de la membrane tympanique pour les fonctions de l'ouïe et combien cette régénération est difficile dans les affections anciennes. Dans un grand nombre de cas aucun procédé ne peut provoquer la fermeture de cette membrane. L'auteur a trouvé un mode de traitement très simple qui consiste dans la transplantation d'un petit fragment de peau sur les bords de la perforation, procédé pour lequel il propose le nom de myringoplastie.

Si l'on pense que la membrane du tympan possède une grande tendance à la régénération par suite de sa grande vascularité, si l'on pense que le fragment transplanté repose sur des bords parfaitement immobiles et que la température du conduit auditif externe ne subit pour ainsi dire aucun changement lorsqu'il est clos et que par suite le fragment se trouve dans une chambre humide qui le protége contre tout desséchement rapide, que de plus la présence d'une greffe sur les granulations d'un ulcère provoque une activité réparatrice spéciale dans les bords de l'ulcère et probablement doit provoquer le même travail sur les bords de la perforation, on comprendra que cette tentative thérapeutique était parfaitement indiquée.

Le malade sur lequel elle fut faite était un homme de 22 ans qui à l'âge de 5 ans, à la suite d'une rougeole, fut atteint d'une double otorrhée qui persista avec des alternatives dans l'abondance de l'écoulement et dans le degré de l'audition, laquelle devint si faible que le malade dut quitter son métier.

Après un traitement de plusieurs semaines par les astringents et la douche d'air, l'audition s'améliora notablement des deux côtés et la sécrétion disparut complètement à gauche.

L'auteur crut alors le moment venu pour tenter la myringoplastie. Il commença par aviver les bords de la perforation et à les débarrasser ainsi de leur épithélium ; pour cela il colla à ce niveau un morceau de taffetas d'Angleterre dépassant les bords de la perforation de quelques millimètres dans tous les sens; au bout de 3 jours il l'enleva à l'aide d'une injection, et ayant constaté que la caisse ne renfermait pas trace de pus, il sécha avec soin le tympan à l'aide d'une petite éponge et donna encore une fois une douche d'air par le cathéter. La membrane ainsi préparée, il prit sur l'avant-bras du malade un petit fragment de peau, peut être un peu trop épais, car il contenait dans la partie moyenne toutes les parties constituantes du derme. Ce fragment étant bien appliqué sur les bords de la perforation, le conduit fut bouché à l'aide d'un morceau de ouate trempé dans de la glycérine salicylée.

L'opération était terminée. Le lendemain le fragment avait un aspect flétri, la partie inférieure paraissait un peu brunâtre, en même temps le malade disait entendre un peu mieux, preuve que la greffe agissait comme un tympan artificiel; le troisième jour, rétraction graduelle de la greffe sans autre modification. Sur le tympan, pas trace d'injection. Les jours suivants la coloration brunâtre s'étendait et la greffe diminuait de largeur par suite de sa rétraction, mais aucune formation de vaisseaux. La greffe se

desséchа et se rétracta un peu et l'on aperçut en arrière une très fine perforation siégeant sur les bords de l'ancienne, si fine que l'on aurait cru la membrane percée avec une aiguille. Audition bonne, pas trace de sécrétion. Le 15 août, on voyait encore la petite perforation. Pendant la douche d'air, bruit d'auscultation normal. Après cette douche, la peau transplantée n'avait subi aucune modification et ne présentait pas de vascularisations. Par contre le tympan était un peu rouge.

Au commencement de septembre la perforation avait disparu.

Le 6, le malade entendait la voix murmurée à plus de 5 minutes et très distinctement. Le point occupé par la grande perforation était toujours marqué par une coloration blanc jaunâtre et par une saillie anormale.

On voit par cette observation qu'il est impossible de se rendre compte du mécanisme intime de la régénération de la membrane. Il est toutefois certain, qu'une très faible partie de la greffe seule a contribué à ce résultat tout le reste ayant été successivement éliminé ; la cicatrice elle-même est plus épaisse que le reste de la membrane, mais n'entrave en rien l'audition. La perforation punctiforme qui se produisit à la suite d'une injection prématurée prouve qu'il est dangereux de troubler le travail de réparation par des manœuvres violentes.

L'auteur a pratiqué cette opération une seconde fois, le 11 août; sous la greffe il vit sourdre un peu de liquide et à la suite d'une injection elle se décolla, mais incomplètement, de façon que l'auteur voulant l'enlever avec une pince, l'arracha sur un point; on vit alors que la perforation était comblée par un bouchon d'une couleur rose pâle et peu saillant. Ce bouchon se prolongeait sous la forme d'un champignon très saillant, blanchâtre, spongieux, indiquant le point d'arrachement de la greffe. Les vaisseaux très délicats siégeaient dans la nouvelle cicatrice à l'exclusion de son prolongement. Le 30 août, celui-ci offrait une coloration jaune rougeâtre, la réparation de la membrane était complète et l'audition parfaite.

A ce propos, l'auteur insiste sur la fréquence des perforations et donne les chiffres de sa pratique particulière. Sur 1000 malades, 199 étaient dans ce cas, et sur ce nombre 82 offraient une perforation double, ce qui donne une proportion de 20 0/0. Si cette opération tient tout ce qu'elle promet on comprend combien le nombre de cas incurables diminuera. R. CALMETTES.

Contribution à l'étude des tumeurs osseuses du conduit auditif externe, par DELSTANCHE (*Bulletin de l'Acad. de Belgique, novembre* 1878).

L'auteur croit que l'existence de ces tumeurs est assez commune, et pense que si elles ne sont pas plus souvent observées, c'est que les exostoses du canal de l'oreille ne gênent que rarement les personnes qui en sont affectées.

Les exostoses peuvent se diviser en deux classes, les unes petites, ordinairement au nombre de trois, sont situées au fond du conduit près du tympan. Elles sont dues à une anomalie congénitale ou acquise et n'obstruent jamais toute la lumière du canal ; la fonction reste intacte tant qu'il n'y a pas de complication inflammatoire.

Les autres tumeurs siégent dans la moitié externe du conduit auditif. Elles sont uniques ou multiples, siégent dans une seule oreille ou dans

les deux ; ces exostoses s'insèrent le plus souvent à la partie postérieure, puis à la partie supérieure du canal ; le degré de sensibilité est en rapport avec celui de la partie dont elles tirent leur origine.

Le traitement chirurgical n'a qu'un but, rétablir la communication entre l'air extérieur et le tympan : il y a deux voies, la première consiste à se frayer un passage entre la tumeur osseuse et la paroi du conduit par la dilatation progressive ; la seconde à creuser d'un tunnel l'exostose. H. L.

Ein Fremdkörper im Mittelohr bei unverletztem Trommelfell und einigen Bemerkungen zur Nasen-Rachen-Douche (Corps étranger de l'oreille moyenne sans solution de continuité de la membrane tympanique suivie de quelques remarques sur la douche naso-pharyngienne), par SCHALLE (*Berl. klin. Wochenschr.* n° 31, 1877).

Pendant une injection d'eau salée tiède dans les fosses nasales faite dans le but d'enlever du muco-pus, le malade ressentit tout à coup une vive douleur dans l'oreille droite. Il survint alors une otite muqueuse bilatérale qui se termina favorablement en 4 semaines. Dans l'oreille droite, l'auteur découvrit après la paracentèse de la membrane du tympan, un fragment de caoutchouc long de 6^{mm}, large de 1^{mm} 1/2. Il est intéressant de remarquer que la seringue qu'employait le malade servait depuis longtemps. Cette observation est suivie de considérations pratiques sur l'emploi de la douche nasale, sur les dangers qu'elle présente, et les précautions qu'il est bon de prendre pour éviter les accidents. En terminant, il recommande l'usage des seringues en verre, avec lesquelles il est toujours facile de vérifier l'état du liquide employé. R. C.

De l'atrésie du conduit auditif externe, par Victor BRENNER (*Nordiskt medicinskt. Arkiv, vol. IX, n° 2*).

Aux cas déjà connus, l'auteur en ajoute 4 : deux appartenant à Meyer, de Copenhague, un à Prahl, et un personnel.

Le premier des deux cas de Meyer concerne une jeune fille dont le pavillon gauche était à ce point déformé qu'on ne pouvait en distinguer les différentes parties. Le conduit auditif n'existait pas, mais derrière le pavillon on trouvait un point où la peau cédait sous la pression de la sonde. A ce niveau, on pratiqua une ponction d'abord avec une aiguille fine, puis avec un trocart ; on pénétra ainsi dans une petite cavité. On essaya ensuite d'obtenir une ouverture permanente à l'aide d'une incision cruciale et de cautérisation au nitrate d'argent, mais sans succès, et l'ouïe ne fut pas améliorée. Toute la moitié gauche de la face était moins développée que la droite et l'arcade zygomatique était moins saillante de ce côté.

Le deuxième cas est celui d'un petit garçon dont l'oreille droite était déformée et plus petite que la gauche. On distinguait cependant encore un peu le tragus, et l'anthélix. Entre ces parties, se trouvait une petite dépression triangulaire au fond de laquelle on crut distinguer le conduit auditif externe. Après une ponction que l'on agrandit avec le

bistouri, on introduisit une tige de laminaria. Au bout de 3 mois, pendant lesquels le malade prétendait entendre mieux qu'auparavant, ce canal artificiel se ferma.

Le cas appartenant à l'auteur concerne un garçon de 13 ans chez lequel la malformation porte également sur les oreilles. Du pavillon, il ne reste qu'un moignon dont la partie supérieure renferme un cartilage irrégulier. La partie inférieure a à peu près la forme du lobule. La plupart des os de la face sont peu développés, la région sous-orbitaire est très déprimée; le bord sous-orbitaire manque, la saillie zygomatique de l'os malaire est très courte, et l'arcade zygomatique du temporal manque, de sorte que l'on peut palper directement le muscle temporal. La branche montante du maxillaire inférieur n'est séparée de l'apophyse mastoïde que par un sillon très étroit. La portion tympanique du temporal n'existe donc pas, d'où l'on peut conclure avec assez de certitude à l'absence du conduit auditif externe et de la caisse. Néanmoins la voix haute est entendue du malade. On s'abstint de toute opération à cause de la mauvaise santé générale.

Dans le 4e cas (garçon de 5 ans), l'oreille droite seule était le siège de cette anomalie, qui offrait beaucoup d'analogie avec le cas précédent.

R. CALMETTES.

Importance du traitement précoce des maladies de l'oreille, principalement des maladies consécutives aux fièvres éruptives, par Albert BUCK (*New York, Congrès médical de Philadelphie*, 1876).

L'auteur insiste sur la grande importance du traitement rationnel de l'otite moyenne purulente aiguë; il montre que l'otorrhée donne une proportion de vingt ou trente pour cent dans l'ensemble des maladies de l'oreille et qu'elle succède presque toujours, soit à une fièvre éruptive, soit à un catharre du nez. Il se pose ensuite deux questions : 1° l'otorrhée est-elle une maladie grave? 2° peut-on faire quelque chose pour diminuer la fréquence des otorrhées chroniques? Il répond naturellement par l'affirmative et avec la plupart des médecins auristes, il attribue une très grande importance aux paracentèses pratiquées largement et de bonne heure et blâme Hinton qui met en doute la valeur de ce traitement.

R. CALMETTES.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE ET MÉDECINE OPÉRATOIRE.

Sur l'action des transfusions de lait chez l'homme, par BROWN SÉQUARD (*Soc. de Biol.*, 12 *oct.* 1878, *et Gaz. méd. de Paris*, n° 43, 1878).

L'auteur parle des excellents résultats obtenus au moyen des transfusions de lait par Gaillard Thomas (de New York).

Or, dès 1858, l'auteur avait démontré qu'on peut faire revenir à la vie des chiens épuisés par une abondante hémorrhagie en leur injectant du sang défibriné d'animaux d'espèces très éloignées ; ainsi du sang de pigeon, de poulet, de tortue, de grenouille. A l'école d'Alfort, l'auteur avait réussi avec Goubaux à ranimer des chevaux épuisés par une perte de sang en leur injectant du sang de poulet. Le sang de 4 volailles avait suffi. Ce qui prouve que la constitution morphologique des éléments figurés du sang joue un rôle bien secondaire dans les phénomènes de la transfusion, aussi dans beaucoup de cas le lait peut-il remplacer le sang et donner des résultats aussi satisfaisants.

L'auteur présente un chien auquel, il y a 2 mois, il a soustrait 95 grammes de sang qu'il a remplacé par 92 grammes de lait. L'animal s'en est bien trouvé,et d'après les recherches de Malassez, après cette injection il y a eu augmentation considérable des globules blancs du sang. Les globules du lait disparaissaient avec grande rapidité. HENRI HUCHARD.

I. — On the intravenous injection of milk in functional and organic anæmia (Injection intra-veineuse de lait dans l'anémie), par William PEPPER (*The med. Record, New York,* 16 *novembre* 1878).

II. — Idem, par BRINTON (*Idem.*, 2 *novembre* 1878).

Pepper a employé deux fois les injections intra-veineuses de lait ; dans un premier cas il s'agissait d'une femme arrivée à un degré extrême d'anémie : on injecta cinq onces de lait ; vingt-sept jours plus tard, nouvelle injection de 6 onces; la malade se rétablit.

Dans le deuxième cas, on fit trois injections chez un homme atteint de maladie d'Addison. Mort subite après la troisième injection.

L'auteur fait suivre la communication de ces observations de quelques conclusions qui diffèrent peu de celles du travail de Gaillard Thomas (Voy. *R. S. M.*, XIII, 280):

1° Il faut injecter au moins six onces de lait;

2° Les résultats sont aussi marqués après l'injection de lait qu'après la transfusion du sang ;

3° Il n'y a pas de danger d'embolie après ces injections;

4° Il y a généralement de l'albuminurie dans les jours qui suivent ;

5° Les effets stimulants sont immédiats. C. T. Hunter qui pratiqua l'opération dans le premier cas de Pepper, recommande de toujours filtrer le lait avant de l'injecter ; il regarde comme dangereux le nettoyage au moyen de l'acide phénique de l'appareil qui doit servir à la transfusion.

Dans un cas remarquable où le malade était tout à fait exsangue (hémorrhagies intestinales à la suite de fièvre typhoïde), inconscient, Hunter se servit de lait de chèvre ; six heures après, le malade reprenait ses sens et sortait de son état de torpeur.

II. — Brinton rappelle, dans son travail, les principales observations qui sont actuellement au nombre de douze : trois dues à Edward Hodder de Montréal, deux à Howe de New-York, trois à Thomas, quatre à Hunter. Il adopte les conclusions du mémoire de Thomas, mémoire analysé précédemment. A. CARTAZ.

Trasfusione diretta di sangue arterioso in un caso di scorbuto cachettico (Transfusion directe du sang artériel dans un cas de scorbut cachectique), par Mario GIOMMI (*Rivista clinica di Bologna, janvier* 1878).

La transfusion fut pratiquée directement de la carotide d'un agneau à la veine médiane céphalique du bras de la malade avec l'appareil de Caselli, pour un cas de scorbut grave. Aussitôt après l'opération le visage rougit, il y eut un accès de dyspnée et de suffocation : le pouls devint plus ample et plus fort. Les jours suivants les symptômes de cachexie scorbutique s'amendèrent rapidement et disparurent tout à fait. Malheureusement deux mois après la malade présenta les signes d'une phthisie aiguë et mourut de cette affection. A. PITRES.

On a method of administering chloroform for operations about the mouth (De l'administration du chloroforme dans les opérations sur la bouche), par J. MILLS (*The Lancet, vol. II, p.* 839, 1878).

L'anesthésie est commencée par la méthode ordinaire. Pendant l'opération on la continue à l'aide de l'appareil suivant : Flacon à deux tubulures renfermant une certaine quantité de chloroforme, mais pas assez pour le remplir. A l'une des tubulures aboutit un tube muni d'une poire, comme dans le pulvérisateur de Richardson ; à l'autre, est fixé un long tube en caoutchouc, dont l'extrémité est engagée dans les fosses nasales ou dans la bouche. Les vapeurs chloroformiques arrivent en plus ou moins grande quantité suivant qu'on active ou ralentit le courant d'air. V. CAMPENON.

Quelques remarques au sujet de l'anesthésie par le chloroforme, par Maurice PERRIN (*Bull. de l'Ac. de méd.*, 2e *série, tome VII*, n° 49).

Dans cette communication, M. Perrin attire l'attention de l'Académie sur les accidents qu'il voit survenir depuis quelques années à l'occasion des inhalations chloroformiques. Selon lui, le chloroforme est devenu un agent beaucoup moins fidèle et plus dangereux depuis l'élévation de l'impôt sur l'alcool. Autrefois il ne provoquait que très rarement des troubles du côté de l'estomac ; aujourd'hui, les vomituritions et les vomissements, avec l'état lipothymique qui les accompagne, seraient la règle et se prolongeraient pendant un, deux et même trois jours. D'après M. Perrin, ces accidents seraient imputables à l'état d'impureté du chloroforme livré aujourd'hui au commerce. Des analyses faites au Val-de-Grâce concordent avec cette manière de voir. GASTON DECAISNE.

Die Abkühlung und Elevation als Blutersparungsmethode (Du refroidissement et de l'élévation des membres comme moyen préventif des hémorrhagies dans le cours des opérations), par J. WOLFF (*Centralbl. f. Chirurgie, n°* 38, 1878).

J. Wolff a établi d'abord expérimentalement l'influence exercée par l'élévation d'un membre et par la compression de ses vaisseaux, sur sa température.

L'élévation du bras ou sa compression avec la bande d'Esmarch amènent, en 15 ou 20 minutes, un abaissement de température de la main de 4°. Mais, après l'ablation de la bande d'Esmarch, la température remonte rapidement de 3 à 4 degrés en cinq minutes. Si, au contraire, le bras, maintenu d'abord simplement élevé, est porté dans la position horizontale, l'élévation de la température demande, pour s'accomplir, un temps cinq ou six fois plus long qu'après la compression ; il en est même encore ainsi, si le bras est laissé pendant.

Les phénomènes sont modifiés, si la main a été soumise auparavant à l'action d'agents thermiques. Si elle a été plongée dans l'eau à une température au-dessous de zéro, elle rougit et, quand on la retire, sa température monte à 37° et plus, et l'élévation du bras est impuissante à arrêter cette hyperémie et cette élévation de température.

Si, au contraire, la main a été refroidie par de l'air à 12°-15°, ou par un bain à 15°-20°, il en résulte une contraction permanente de ses vaisseaux et telle que sa température ne monte pas au-dessus de 26°, le bras pendant.

Si donc, par une irrigation d'eau froide, l'application de compressions froides, par des bains locaux froids, assez prolongés pour que la partie qui y est soumise reste pâle et froide, qu'en outre on maintienne cette partie élevée, on pourra pratiquer une opération en n'ayant qu'un écoulement de sang minimum, et, ce qui est important, on ne s'exposera pas, comme avec l'appareil d'Esmarch, aux hémorrhagies secondaires par paralysie des vaso-moteurs.

J. Wolff relate 10 observations dans lesquelles cette méthode fut employée : dans plusieurs cas (résection du 1er métacarpien, d'une phalange, du radius, tibio-tarsienne) l'hémorrhagie fut nulle ou bornée à quelques gouttes. Dans une amputation de Syme, la perte de sang est notée moindre que celle qui aurait été obtenue avec la bande d'Esmarch. Elle est indiquée comme plus considérable, quoique très faible encore, dans une section de l'aponévrose palmaire rétractée : l'opération n'a pu se faire à sec, comme on l'aurait obtenue avec la bande d'Esmarch.

H. THORENS.

Control of hœmorrhage in amputation at the hip-joint (Hémostase dans un cas de désarticulation de la cuisse), par GOULD et DAVY (*The Lancet, vol. II, p.* 895, 1878).

Une tige rectiligne en bois, longue de 44 centimètres environ et terminée par une extrémité renflée, fut introduite dans l'anus et enfoncée avec précaution jusqu'à 18 centimètres environ. Cette extrémité fut appliquée sur l'iliaque primitive ; le moindre mouvement communiqué à l'extrémité du levier suffisait pour suspendre ou permettre la circulation artérielle. — L'hémostase fut parfaite. — La mort étant survenue au 3e jour, on put s'assurer que l'intestin n'avait nullement souffert.

V. CAMPENON.

Des vomissements opiniâtres après les opérations chirurgicales, par VERNEUIL (*Soc. de chir., p.* 550, 1878).

Cet accident qui, sans être très grave, incommode beaucoup les opérés, n'a pas été suffisamment étudié jusqu'ici. Les anciens chirurgiens n'en parlent guère, et les modernes l'attribuent au chloroforme, surtout lorsqu'il est impur. M. Verneuil pense que les anesthésiques n'agissent qu'à titre d'excitants lorsqu'il existe une prédisposition. De l'analyse de neuf observations il tire les conclusions suivantes :

1° On observe chez certains opérés des vomissements rebelles qui se continuent pendant plusieurs jours après l'opération. Cet accident est assez rare du reste;

2° Ces vomissements sont attribués à tort au chloroforme, qui paraît agir tout au plus comme cause provocatrice;

3° Ils reconnaissent comme causes véritables divers états pathologiques antérieurs : dyspepsie, lésions abdominales, hépatiques, rénales, etc., créant par eux-mêmes une prédisposition aux vomissements, que le traumatisme réveille;

4° Ces vomissements peuvent assez souvent être prévus à l'avance, et, quand ils surviennent inattendus, ils doivent faire soupçonner des lésions viscérales méconnues et latentes;

5° Le pronostic n'est pas généralement grave, mais les vomissements qui se prolongent au delà de 48 heures fatiguent les patients, engendrent facilement un état saburral quelquefois fébrile, et enfin empêchent d'alimenter convenablement les opérés;

6° Les vomissements post-opératoires cessent souvent dans le courant du deuxième jour, ou s'espacent assez pour devenir supportables. La glace, les boissons gazeuses, la diète, suffisent d'ordinaire pour les deux premiers jours. Plus tard, la pepsine rend de grands services. A partir du troisième jour, un purgatif salin convient s'il y a état saburral. Le régime mérite la plus grande attention; on multiplie les tentatives d'alimentation, mais on consulte surtout l'instinct et l'expérience du malade. Enfin, on varie les moyens d'après la nature de l'affection préexistante qui amène l'intolérance de l'estomac. L. G. R.

Drei Fälle von Gesichtsneuralgie, durch Nervenresection geheilt oder gebessert (3 névralgies faciales guéries ou améliorées par des résections nerveuses), par Carl FIEBER (*Berlin. klin. Wochens., n°* 19, *p.* 269, 13 *mai* 1878).

Comme la publication de ces observations a été différée longtemps par leur auteur qui a pu suivre ses opérés durant plusieurs années, le résumé de ces faits ne sera pas sans importance pour la question si litigieuse du traitement des névralgies par résection des nerfs douloureux.

1er FAIT. — *Névralgie du sus-orbitaire gauche. Résection de ce nerf et du frontal correspondant.* — Femme de 21 ans, en 1858 et 1859 staphylome récidivant de la cornée; la seconde ablation de la tumeur est suivie d'un phlegmon de l'œil avec destruction du cristallin; l'œil perdu devenant le siège par in-

tervalles de violentes douleurs, est énucléé en 1860. Les douleurs jusque-là bornées au globe oculaire envahissent toute la moitié gauche de la face et deviennent presque continues, tout en offrant trois exacerbations quotidiennes qui se montrent rebelles à la quinine. Les accès sont exaspérés par l'approche des règles qui sont depuis longtemps peu abondantes et irrégulières. Les points d'émergence des sus et sous-orbitaire gauches sont très sensibles à la pression. Le 20 octobre 1860, résection d'après la méthode de Schuh de 7 lignes du sus-orbitaire et de 6 lignes du frontal. Les deux tronçons nerveux ne présentent aucune altération microscopique. Le jour même de l'opération, à 8 heures du soir et à minuit, deux crises douloureuses plus fortes que jamais. Le 30 octobre, dernier accès névralgique qui cesse 6 heures plus tard à l'arrivée du flux menstruel. Le 20 novembre, fermeture de la plaie sourcilière. En mars 1861, la sensibilité reparaît obtuse sur les régions frontale, pariétale, sourcilière gauches devenues anesthésiques depuis la résection. A l'heure actuelle, c'est-à-dire 18 ans après l'opération, la sensibilité est toujours moindre à gauche; fait curieux, lorsqu'à l'insu de la malade, on lui tire les cheveux, elle est prise d'éternuement. Les névralgies n'ont pas reparu.

2e FAIT.— *Névralgie du sus-orbitaire droit. Résection de ce nerf et du frontal correspondant.* — Femme de 39 ans; névralgie de la moitié droite de la face, datant de 1865, soulagée seulement d'une façon fugitive, par diverses médications. Le 28 novembre 1867 résection de 6 lignes de chacun des nerfs sus-orbitaire et frontal. Même procédé opératoire que dans le cas précédent, c'est-à-dire incision le long du sourcil préalablement rasé; section du muscle orbiculaire et de l'aponévrose tarso-orbitaire. Au microscope, les deux tronçons réséqués sont formés de tubes nerveux considérablement atrophiés et dont quelques-uns ont perdu le cylindre-axe et la myéline, de sorte qu'ils ressemblent tout à fait à des fibres de tissu conjonctif. Le 5 décembre a lieu un dernier accès névralgique d'ailleurs peu intense; le 18 cicatrisation complète de la plaie. L'anesthésie absolue des téguments ne dure que 2 ou 3 jours, mais la sensibilité de la région frontale droite n'est récupérée intégralement qu'au bout de 3 ans. Fieber a perdu l'opérée de vue depuis 4 ans seulement et ne doute pas que la guérison ne se soit maintenue.

3e FAIT. — *Névralgie du sous-orbitaire et du maxillaire inférieur droits. Résection de ces deux nerfs.* — Homme de 41 ans atteint de névralgie faciale droite depuis 10 ans. Le 5 décembre 1867 résection du sous-orbitaire par la méthode de Malgaigne modifiée par Schuh : incision cutanée sur le rebord inférieur de l'orbite, section de l'orbiculaire et de l'aponévrose tarso-orbitaire, décollement de cette dernière du plancher de l'orbite, soulèvement du bulbe oculaire avec une spatule et section du nerf à l'extrémité postérieure du canal sous-orbitaire au moyen d'un fort ténotome concave; puis isolement du plexus sous-orbitaire et section de ses branches à leur origine. Vaine tentative pour attirer le nerf au dehors du canal à l'aide d'un crochet et d'une pince. Ablation d'une portion du plancher de l'orbite comprenant le canal et le nerf : ce triangle osseux a 1 centimètre de large à sa base située en avant et 2 centimètres de long. La muqueuse du plafond de l'antre d'Highmore bien que demeurée indemne fut sectionnée afin de faciliter l'écoulement direct du pus. Le tronçon nerveux long de 1 cent. 1/2 ne fut pas séparé sans difficulté de son canal osseux : au microscope pas d'altération bien nette des tubes nerveux qui sont écartés les uns des autres par des épaississements du névrilemme. La plaie cutanée fut réunie sauf tout à fait au centre. Le 7 début de la suppuration dont le produit s'écoule à la fois en avant et par les fosses nasales. Dès le 16 cicatrisation parfaite de la plaie. L'anesthésie tégumentaire de la joue, de la lèvre supérieure, de la paupière inférieure et de l'aile du nez du côté droit disparaît graduellement dans le

cours de 2 à 3 mois, mais la sensibilité de ces régions ne redevint pas aussi déliée qu'à gauche.

Au bout de 2 ans réapparition des accès douloureux qui occupent surtout la moitié droite de la mâchoire inférieure et la lèvre inférieure. Le 25 août 1870 résection du dentaire inférieur droit par la méthode de Bruns : incision cutanée longue de 2 pouces 1/2 au niveau du bord postérieur de la branche montante et du bord inférieur du corps de l'os jusque vers l'artère maxillaire externe ; dissection laborieuse de la parotide, décollement du périoste et des insertions osseuses du masséter et du ptérygoïdien interne, enfin ablation d'un losange de l'os. A ce moment Fieber interrompt son opération qui a duré déjà 2 heures et a nécessité l'emploi de 4 onces de chloroforme, car le sujet est alcoolique. Contre toute attente la nuit est passable. Le lendemain matin, le nerf est isolé et réséqué sur une longueur de 12 millimètres avant son entrée dans le canal dentaire. Aucune hémorrhagie. La plaie est laissée béante, pansée à l'acide phénique ; au bout de 15 jours, elle est entièrement refermée. Au microscope le nerf n'offre aucune lésion.

Le succès de cette 2e opération ne fut pas complet : au bout de quelques semaines les accès douloureux se reproduisirent, moins intenses et moins fréquents cependant qu'auparavant. Puis ils se montrèrent de plus en plus rarement pour cesser complètement en 1875. Un an après la résection du dentaire inférieur, la sensibilité des téguments de la face s'était complètement rétablie. Malheureusement la névralgie paraît envahir actuellement le district du sus-orbitaire droit. J. B.

De l'extension des nerfs, par E. MASING (*St-Petersburger med. Wochenschrift*, *n*° 34, 1878).

La *Revue* a déjà publié un certain nombre d'observations de ce genre (*voy*. IX, 324; XII, 288); cette méthode de traitement est encore trop peu généralisée, pour qu'il n'y ait pas intérêt à relater des faits qui semblent très concluants en sa faveur.

Dans la première observation de Masing, il s'agit d'un homme de 37 ans qui souffrait depuis huit ans de douleurs névralgiques, dans les membres inférieurs; en dépit de tout traitement, ces douleurs avaient atteint un paroxysme effrayant. Les muscles étaient paralysés depuis deux ans. Dans le cours de la dernière année, les parties postérieures des deux membres devinrent peu à peu anesthésiques. La douleur survenait au moindre mouvement, sous l'impression du froid et débutait toujours au niveau de l'os iliaque à gauche pour s'irradier dans les deux jambes. Aucune cause apparente à ces névralgies.

Le 15 septembre, après anesthésie, Masing découvrit par une incision de dix centimètres, le nerf sciatique à la partie postérieure de la cuisse gauche et lui fit subir une extension forcée. Redoublement des douleurs pendant quelques heures après l'opération. Le lendemain, calme relatif. Vers le 4e jour les douleurs reparurent très intenses, pour se calmer. Mais il persistait une névralgie très marquée sur le trajet du nerf crural et du nerf saphène.

Le 8 novembre, extension du nerf crural.

Le 7 avril suivant, le malade sortait de l'hôpital absolument guéri, sans douleurs, sans paralysie, ni anesthésie.

Le second fait est relatif à une névralgie traumatique chez un enfant de 12 ans. Quant ce petit malade fut présenté à Masing, le pied gauche était dans un état d'équinisme (*equin-varus*) très prononcé, les doigts renversés, les muscles contracturés, toutes les articulations roides et à demi ankylosées anesthésie du pied et de la jambe. Douleurs extrêmement vives sur le

trajet du sciatique. Masing diagnostiqua une névrite du sciatique consécutive à une névrite ascendante résultant de la lésion du pied.

Extension du sciatique le 16 janvier. Le résultat dans ce cas fut moins remarquable que dans le premier; car ce n'est qu'au bout de *huit* mois que le malade put marcher et mouvoir les différents muscles. L'anesthésie persistait encore, quoique moins marquée. A. CARTAZ.

Restauration autoplastique de la bouche pour remédier à la constriction permanente des mâchoires; sort éprouvé par le système pileux des téguments transplantés dans la cavité buccale. GUSSENBAUER, THIERSCH, LANGENBECK. VIIe congrès de la Société allemande de chirurgie, 14 avril 1878 (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 24, *p.* 356, 17 *juin* 1878).

Pour compléter l'observation de stomatoplastie qui se trouve dans la *Revue*, XII, 683, Gussenbauer annonce que le lambeau cutané qu'il a transplanté dans la cavité buccale a pris tous les caractères d'une muqueuse et que son système pileux s'est entièrement atrophié. Bien que la parotide de l'opéré ne soit pas tuméfiée, il est vraisemblable que son canal excréteur est atrésié.

A propos du revêtement pileux des lambeaux de peau greffée, Thiersch cite le fait suivant : Un coup de feu ayant déterminé une perte de substance au niveau de la mâchoire supérieure, Thiersch la combla en renversant en dedans la peau de toute l'épaisseur de la joue. Or la barbe n'a pas cessé de croître sur ce lambeau, de sorte que tous les mois, le patient est obligé de se raser la cavité buccale.

Langenbeck est d'avis que la méthode employée par Gussenbauer pour faire cesser la constriction permanente des mâchoires est la meilleure chez les jeunes enfants. Chez ceux qui sont raisonnables et chez les adultes il sectionne d'abord les adhérences, puis maintient les mâchoires écartées par l'interposition de coins et laisse enfin la cicatrisation de la plaie s'effectuer dans cette position. J. B.

Du bec-de-lièvre double, par C. LUND (*Norsk. Mag. for Laegevidensk.*, *t. VIII*, *p.* 8, 1878; *Centralbl. f. Chir.*, *p.* 29, 1878).

Le procédé de Lund a pour but de permettre la réduction de la saillie de l'os intermaxillaire dans les cas de bec-de-lièvre double, et il y arrive par une section de la cloison oblique d'avant en arrière, d'un côté à l'autre et de haut en bas. A cet effet, on enfonce le couteau dans une des fentes, traversant obliquement la cloison, de façon à ce que la pointe sorte dans la fente opposée, à un niveau postérieur à celui de son introduction. On obtient ainsi une surface de section assez étendue, et l'on peut alors repousser l'os intermaxillaire en arrière, ou mieux le faire basculer autour de son axe horizontal en bas et en arrière ; dans ce mouvement, les surfaces de la section osseuse glissent l'une sur l'autre sans presque s'abandonner, et ce contact non seulement est un avantage pour l'obtention d'une guérison définitive, mais encore il met à l'abri d'une hémorrhagie de l'artère naso-palatine. H. THORENS.

Du traitement des adénites suppurées du cou, par OBISSIER (*Brochure, Paris*, 1878).

La lecture d'un mémoire de Callender sur le traitement des abcès froids par les injections d'acide phénique a mis l'auteur sur la voie du nouveau mode thérapeutique qu'il préconise.

Frappé de la difficulté qu'il y a, malgré tous les moyens connus et mis en usage, de guérir un abcès ganglionnaire sans cicatrice apparente, l'auteur a imaginé le procédé suivant :

Dès que le pus est formé en collection, soit qu'il y ait adénite ou adéno-phlegmon aigu ou chronique, il ponctionne le foyer à l'aide d'un trois-quarts et fait écouler le pus. Il introduit ensuite à l'aide d'une petite seringue en verre une certaine quantité de solution d'acide phénique à 4 0/0, l'y laise séjourner en fermant l'orifice produit par la ponction à l'aide d'une petite mèche. Le même jour ou le lendemain, il laisse couler le liquide contenu dans l'abcès et refait une nouvelle injection, et ainsi de suite tous les jours jusqu'à guérison complète.

La suppuration diminue de jour en jour et les tissus se restaurent sans cicatrice apparente.

L'injection d'acide phénique n'a jamais produit d'accidents inflammatoires ou autres, mais toujours une douleur assez violente semblable à une brûlure. La durée de la période douloureuse après l'injection n'est que de quelques heures, et diminue à mesure que le traitement progresse.

Les conclusions de l'auteur sont fondées sur 18 observations d'abcès ganglionnaires du cou, les uns aigus, les autres subaigus, survenus chez des sujets sains, strumeux. E. SCHWARTZ.

Le traitement chirurgical du genu valgum par la méthode d'Ogston au VIIe congrès de la Société allemande de chirurgie, 12 avril 1878, avec présentation de photographies, de pièces anatomiques et d'opérés, par RIEDINGER, THIERSCH, KOLACZEK, et discussion consécutive : UHDE, BARDELEBEN, KŒNIG (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 19, *pg* 277 *et n°* 21 *pg* 308, 13 *et* 27 *mai* 1878).

Riedinger a opéré deux cas de genu valgum, par la méthode d'Ogston, en ayant soin de se conformer le plus possible aux préceptes de l'auteur. Riedinger n'est pas partisan du procédé d'ischémie d'Esmarch, parce que dans sa première opération où il l'avait employé, il a eu à combattre une hémorrhagie secondaire très considérable.

Au lieu d'entourer le membre d'un appareil contentif qui est rapidement sali par imbibition, il préfère le fixer sur une attelle.

A la suite de l'opération, il reste toujours une raideur articulaire très marquée qu'il faut combattre par des mouvements imprimés au membre; chez le premier de ses opérés, Riedinger a dû recourir au brisement pendant la chloroformisation.

Depuis qu'Ogston a fait connaître sa méthode au précédent congrès de chirurgie, ce mode de traitement du genu valgum a trouvé en Allemagne d'assez nombreux imitateurs. Nussbaum l'a pratiqué 14 fois, Thiersch 6 à 7 fois.

Thiersch estime que l'opération est inoffensive du moment qu'elle est exécutée antiseptiquement. Cependant il présente des pièces anatomiques provenant d'un opéré de genu valgum qui a succombé au bout de 6 semaines, dans une attaque d'urémie aiguë tenant à une atrophie des deux reins. Le condyle scié offre encore un certain degré de mobilité, l'articulation est le siége de processus atrophiques qui sont vraisemblablement la cause de la rigidité ultérieure persistante de la jointure.

Kolaczek amène un patient qui a subi simultanément l'opération d'Ogston, sur les deux genoux; la réaction fut complètement nulle. On put laisser jusqu'au 12e jour le premier pansement; dès lors l'opéré n'a porté qu'une bande de flanelle et dès la 4e semaine il a fait des essais de marche. Une quantité notable d'air a pénétré dans l'une des articulations, sans donner lieu à aucun accident. L'une et l'autre opérations ont été exécutées sans l'aide du brouillard phéniqué.

Thiersch répond que dans l'opération d'Ogston, l'entrée de l'air est la règle.

Uhde a observé, comme Ogston d'ailleurs, un cas d'arthrite secondaire qui n'a pas eu de gravité.

Bardeleben dans un fait de genu valgum intense, chez un homme de 33 ans, a modifié quelque peu la méthode recommandée par Ogston; avec la scie à main il a complété la section, sans fracturer le condyle.

Kœnig n'a pu encore se résoudre à pratiquer l'opération d'Ogston. Les expériences sur le cadavre lui ont appris que la correction du valgus s'opère non par déplacement en haut de l'épicondyle mais par élargissement de l'extrémité articulaire. En outre il redouterait de voir survenir ainsi une arthrite déformante. Quant aux opérés qui ont été présentés, il attendra pour se prononcer à leur égard que leurs essais de marche aient duré plus longtemps. J. B.

Note sur un cas de résection totale du poignet, par REVERDIN (*Soc. de chir.*, *p.* 461, 1878).

Il s'agit d'un homme de 41 ans, chez qui la résection du poignet eut un bon résultat, les mouvements étant satisfaisants et devant encore se perfectionner par l'exercice, et la sensibilité étant demeurée intacte.

L'opération fut pratiquée dans des conditions assez spéciales; il n'y avait ni arthrite fongueuse, ni plaie articulaire avec ou sans fracture. L'homme avait été mordu au médius de la main droite, et cette plaie avait donné lieu à de graves accidents inflammatoires, qui nécessitèrent plusieurs débridements à la main et à l'avant-bras, et enfin se localisèrent au niveau du poignet. Il y avait donc une arthrite suppurée par propagation, sans délabrements traumatiques, et qui se présentait dans des conditions favorables : d'une part, santé générale bonne, pas de scrofule; de l'autre, inflammation préparatoire qui avait pu, comme le dit Ollier, régénérer dans le périoste ses propriétés latentes à l'âge adulte; enfin, pas d'autres désordres dans les parties périarticulaires que les altérations inflammatoires. Quelques rares exemples, dus à

Erichsen, Lister et West, s'ajoutent à celui de Reverdin pour montrer que dans les arthrites aiguës suppurées du poignet (l'auteur ne parle pas des tumeurs blanches suppurées), on peut, malgré les complications inflammatoires, conserver par la résection une main utile au malade.

L'auteur choisit le procédé de Lister, qui lui paraissait ménager le mieux possible les tendons. Il le suivit rigoureusement pour l'incision radiale; quant à l'incision cubitale, il la reporta en arrière du cubitus pour profiter de deux fistules. L'opération fut longue et laborieuse, à cause du gonflement et de l'induration des parties molles. Aussi serait-il disposé dans un cas semblable, à chercher un moyen de mettre les os à nu plus largement, à se faire du jour, non en écartant les tendons, mais en coupant ce qu'il faudrait, à l'exemple de Butcher. Il pense qu'on pourrait sectionner un ou plusieurs des tendons extenseurs, quitte à les suturer ensuite, de façon à aborder plus facilement le carpe, et à ménager beaucoup mieux les tendons respectés. Ne pourrait-on pas aussi, une fois la section de quelques tendons admise, en profiter pour en retrancher avant la suture une certaine longueur, puisqu'on doit faire perdre au membre une portion considérable de son squelette? Les muscles auraient ainsi moins à faire pour s'accommoder à la longueur du membre et reprendre leurs fonctions, et les extenseurs raccourcis, maintenant la main dans un certain degré d'extension, faciliteraient la tâche des fléchisseurs trop longs. L. G. R.

Résection de 6 articulations pour ankyloses osseuses consécutives à un rhumatisme articulaire aigu; opérée présentée par SCHEDE au VIIe congrès de la Société allemande de chirurgie, 12 avril 1878 (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 19, *p.* 276, 13 *mai* 1878).

Schede a reséqué chez cette jeune fille les deux articulations huméro-cubitales, les deux articulations radio-carpiennes et les deux articulations tibio-tarsiennes devenues le siège d'ankyloses osseuses à la suite d'un rhumatisme poly-articulaire!

Pour les poignets, il enleva en même temps les bases des métacarpiens!

En suite d'une suppuration profuse, l'une des articulations tibio-tarsiennes ne s'est pas consolidée sous un angle entièrement droit, de sorte que la marche de la patiente en est un peu troublée; pour les autres jointures, les résultats obtenus au point de vue des fonctions du membre peuvent être regardés comme satisfaisants. J. B.

Fracture de l'extrémité inférieure du fémur avec prolongement articulaire et guérison par pseudarthrose. Ouverture du genou afin de réunir les fragments au moyen d'une cheville d'ivoire. Réunion par première intention, par TRENDELENBURG, VIIe congrès de la Société allemande de chirurgie, 12 avril 1878 (*Berlin. klin. Wochens.*, *n°* 19, *p.* 276, 13 *mai* 1878).

Homme de 56 ans ayant une fracture oblique de l'extrémité inférieure du fémur, pénétrant dans l'articulation, et guérie avec formation d'une pseudarthrose.

Pour obtenir une véritable articulation, Trendelenburg ouvrit la jointure du genou, à l'aide de l'incision curviligne interne de Langenbeck.

Il reconnut que la pseudarthrose tenait à la présence d'un segment de la capsule articulaire étranglée entre les fragments.

Après dégagement de la capsule, Trendelenburg réunit les fragments osseux par une pointe d'ivoire.

L'hémorrhagie fut telle, qu'on dut faire 50 ligatures.

Néanmoins il y eut réunion par première intention.

L'aspect et le fonctionnement de la jointure sont redevenus normaux à part une légère tuméfaction au niveau du siège de la cheville d'ivoire et une faible diminution de la faculté d'extension.

Dans aucune de ses opérations Trendelenburg ne se sert du nuage phéniqué, mais en revanche il se conforme rigoureusement à tous les principes de la méthode antiseptique.

Le succès qu'il a obtenu chez ce malade, lui fait penser qu'on pourrait essayer la même opération pour amener la consolidation des fractures intra-capsulaires du col fémoral; la thérapeutique des plaies est meilleure qu'il y a une trentaine d'années, à l'époque où Langenbeck tenta de réunir les fragments du col fémoral fracturé au moyen d'une vis en argent (qu'il estime toujours préférable à l'emploi de chevilles d'ivoire), et vit son opéré succomber à la pourriture d'hôpital. J. B.

Case of ununited fracture, in the treatment of which a portion of dog's bone was used as a means of procuring union (Pseudarthrose, transplantation d'un os de chien comme moyen de traitement), par PATTERSON (*The Lancet, vol. II, p.* 539, 1878).

Au mois de janvier 1873, M..., âgé de 43 ans, de bonne constitution et non diathésique, était atteint de fracture simple des 2 os de l'avant-bras au tiers supérieur. La consolidation ne se fit pas; 9 mois après on pratiquait successivement, et sans résultat, d'abord la section sous-cutanée du cal fibreux, puis la résection des extrémités osseuses. — Au mois d'août 1874 le malade, incapable de se servir de sa main qui pend inerte et œdémateuse, demande à subir l'amputation. L'avant-bras n'est pas rectiligne : au niveau de la pseudarthrose existe un léger coude à sommet postérieur et interne; les extrémités du cubitus font à ce niveau une saillie très marquée sous les téguments qui sont tendus et amincis.

Opération. — Le 14 septembre 1874, le cubitus étant mis à découvert par une incision latérale on réséque obliquement les extrémités de manière à augmenter la surface de contact : on applique une suture osseuse. Les extrémités radiales sont de mêmes découvertes et réséquées, mais entre les deux bouts reste un intervalle de 18 ^{mm}. On le comble avec une longueur précisément égale d'humérus enlevé à un chien. La gaîne périostale de l'os rapporté est plus longue que la pièce elle-même, de manière à pouvoir entrer en contact intime avec le périoste du radius. Sutures métalliques osseuses, sutures métalliques superficielles sauf aux extrémités des plaies qui restent ouvertes pour le trajet des fils profonds.

Il n'y eut aucun accident à noter pendant le premier mois qui suivit.

3 *novembre.* —Le cubitus est solide. Au côté radial la plaie a pris un aspect fistuleux qui fait soupçonner la présence d'un corps étranger; le stylet ne révèle rien cependant.

28 *novembre.* — Du côté du cubitus on enlève très facilement quelques

esquilles qui sont presque sous la peau. — Du côté externe au contraire on ne découvre aucun séquestre; on constate seulement que, tandis que le fil métallique supérieur se laisse retirer très facilement, la suture inférieure au contraire est fortement retenue. La fracture paraît d'ailleurs consolidée.

En septembre 1875, la plaie radiale restée jusqu'alors fistuleuse se ferma spontanément après avoir donné issue au morceau d'humérus transplanté; ce fragment est diminué de moitié. Le radius s'est incliné vers le cubitus; il existe donc une légère déviation; mais l'opéré a pu, grâce à un appareil protecteur en cuir, reprendre ses fonctions d'ingénieur de la marine.

V. CAMPENON.

Deux cas d'amputation de la cuisse au-dessus des condyles par la méthode de GRITTI, modifiée par STOKES, par A. JACOBSON (*Guy's Hosp. Rep., v. XXIII, p.* 211-220, *avec deux planches*, 1878).

La différence qui existe entre les deux procédés, c'est que dans celui de Gritti, le fémur est scié dans l'épaisseur même des condyles, tandis que Stokes pratique la section osseuse à 1 pouce 1/2 au-dessus. Il en résulte cet avantage que la rotule, après que l'on a scié ce qui en proémine dans la jointure, s'applique exactement sur la surface de section du fémur, tandis que dans le procédé de Gritti, elle a de la tendance à s'écarter du fémur, en formant un angle qui la fait ressembler au couvercle d'une boîte à demi-ouverte.

L'incision qui dessine le lambeau antérieur ne descend pas plus bas que la tubérosité antérieure du tibia. La plaie guérit vite parce que la section dans les parties dures ne porte que sur du tissu spongieux, et dans les parties molles n'intéresse pas les masses musculaires, mais seulement les portions tendineuses.

Le moignon offre pour point d'appui une peau rugueuse et habituée aux pressions. Enfin, la section portant au-dessus des condyles favorise l'application d'un membre artificiel dont l'axe de flexion peut être exactement au niveau de la ligne articulaire du genou sain, ce qui n'est pas toujours possible quand la section porte plus bas, comme dans la méthode de Gritti.

CH. PÉRIER.

Ueber Dislocation der Harnblase bei der Simon'sche Rectalpalpation (Du déplacement de la vessie par la palpation rectale de Simon), par BRAUNE. VIIe congrès de la Société allemande de chirurgie, 12 avril 1878 (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 21, *p.* 309, 27 *mai* 1878).

Pour reproduire sur le cadavre les conditions dans lesquelles s'effectue le procédé de palpation rectale dû à Simon, Braune agit comme suit : Il introduit dans le rectum une vessie de caoutchouc qu'il insuffle. Puis il congèle le cadavre placé sur le dos et pratique enfin sur la ligne médiane une coupe longitudinale dont il prend un moule en plâtre.

Ce qui frappe le plus, c'est un déplacement considérable de la vessie en haut et en avant; ce déplacement est dû à l'énorme distension subie par l'urèthre surtout dans sa portion membraneuse qui se trouve allongée au moins du double de l'état normal, de sorte que l'orifice vésical de l'urèthre vient se placer au-dessus de la symphyse pubienne.

J. B.

De la fixation du testicule dans l'anneau inguinal, amenant la guérison radicale de la hernie inguinale, par Charles HUNTER (*The Americ. Journ. of the med. science, janvier* 1878; *Centralbl. f. Chir., n°* 26, 1878).

Un étudiant en médecine de 22 ans, est atteint depuis 6 ans d'une hernie inguinale, qui ne peut être contenue par aucun bandage. Il prend l'habitude de la maintenir constamment réduite avec la main, et remarque que le testicule se laisse facilement remonter dans l'anneau et y barre le passage à la hernie. Au bout d'un an, le testicule a contracté des adhérences avec l'anneau inguinal externe et la hernie se trouve parfaitement contenue.

H. THORENS.

Des indications de la création d'un anus artificiel dans les cas de cancer du rectum, par Léon LABBÉ (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, 2e *série, tome VII, n°* 48).

Tout en constatant les progrès considérables réalisés par la chirurgie en ce qui touche les opérations pratiquées sur le rectum, on est en droit de se demander si, en cas de cancer, l'intervention directe est toujours utile, et si quelquefois elle n'a pas l'inconvénient de hâter la marche de la maladie. La plupart des observations démontrent, en effet, que la récidive a lieu, le plus souvent, au bout de quelques mois. Ne serait-il donc pas préférable de laisser le mal évoluer sur place, sauf à parer, par une opération à distance, à sa conséquence la plus redoutable : à savoir l'obstruction complète ou incomplète de l'intestin? M. Labbé répond à cette question par les propositions suivantes :

Dans le cas d'obstruction complète, l'indication est tellement nette qu'il n'y a pas à hésiter ; on doit établir un anus contre nature. Même quand les matières fécales peuvent encore être expulsées, si elles circulent difficilement et déterminent, par leur passage au niveau des parties malades, une irritation incessante et des douleurs intolérables, il est encore indiqué d'intervenir pour détourner les matières de leur cours normal et rendre, par ce fait, la vie plus supportable et peut-être retarder la marche du mal. La pratique des chirurgiens anglais et américains démontre d'ailleurs que les malades retirent un véritable bénéfice de la création d'un anus contre nature à une époque relativement rapprochée du début de la maladie.

Quant au procédé opératoire, on peut choisir entre la méthode de Littre (création d'un anus dans la région iliaque) et celle de Callisen (création d'un anus dans la région lombaire). Cette dernière paraît à l'auteur devoir être préférée, parce qu'elle permet d'arriver à l'intestin, sans traverser le péritoine, et parce que la situation occupée par le nouvel anus semble favorable à l'application des appareils susceptibles de pallier cette infirmité.

GASTON DECAISNE.

Ueber einen Fall von Dickdarmresection (Résection du gros intestin pour une tumeur; mort), par GUSSENBAUER, et discussion consécutive, SCHEDE, THIERSCH, KOCHER, etc. VIIe congrès de la Société allemande de chirurgie, 14 avril 1878 (*Berlin. klin. Wochens., n°* 24, *p.* 355 *et* 356, 17 *juin* 1878).

Gussenbauer a pratiqué la résection du gros intestin comprimé par une tumeur, le 6 décembre 1877, sur un habitant de Bruxelles. Depuis 9 ou

10 mois, ce malade avait de la constipation et une tuméfaction manifeste de l'hypochondre gauche; finalement l'obstruction intestinale était devenue complète et l'abdomen était tendu comme un tambour. L'exploration rectale, exécutée d'après la méthode de Simon, révéla l'existence d'une tumeur grosse comme le poing, mobile, nettement circonscrite, siégeant sur la paroi intestinale, proéminant librement dans la cavité abdominale, mais très vraisemblablement adhérente soit au mésentère, soit à une autre anse intestinale que celle sur laquelle elle était placée.

En prenant toutes les précautions antiseptiques, la cavité abdominale fut ouverte par une incision verticale sur la ligne blanche et par une seconde incision surmontant la première, et dirigée horizontalement du côté gauche. La séparation de la tumeur d'avec l'intestin grêle ne s'accomplit pas sans ouvrir ce dernier qui fut refermé par 3 fils de catgut. L'isolement du mésentère en revanche ne présenta aucune difficulté. En procédant au décollement du gros intestin d'avec la paroi abdominale postérieure, le gros intestin se déchira en un point situé au-dessus de la tumeur et son contenu tomba dans la cavité péritonéale. Dès lors, afin d'empêcher la continuation de l'épanchement des matières intestinales, on maintint le patient couché sur le côté gauche jusqu'à l'achèvement de la résection qui fut pratiquée sur une longueur de 4 pouces.

La résection du gros intestin accomplit du même coup l'extirpation de la tumeur qui était bien délimitée et n'avait pas envahi les ganglions.

Le mésentère fut détaché sur une certaine étendue pour permettre la réunion des deux bouts du gros intestin au moyen de la suture de Lembert, modifiée par Gussenbauer qui ne se contente pas d'unir les tuniques séreuses.

Au moment de la section de l'intestin, il n'y eut pas d'hémorrhagie; l'opération dura 2 heures.

Durant les 12 premières heures consécutives, l'opéré se sentit relativement bien, mais il ne tarda pas à être pris d'un collapsus qui devint mortel dans l'espace de 3 heures. Pas d'autopsie.

Dans une opération de même nature, Schede évita le passage des matières dans la cavité péritonéale, en plaçant une ligature temporaire sur l'intestin. Il ne parvint pas à détacher le mésentère suffisamment, pour pouvoir rapprocher et suturer ensemble les deux bouts de l'intestin, aussi dût-il établir un anus artificiel. Son opéré a succombé le lendemain.

Thiersch a pu constater sur un suicidé, combien le météorisme de l'intestin grêle rend difficile la découverte de la portion lésée du gros intestin, lorsqu'il n'existe qu'une incision médiane des parois abdominales.

Kocher relate brièvement un cas de hernie gangrénée, guérie en 4 jours après suture des deux bouts intestinaux. On trouvera cette observation dans la *Revue*, XII, 694. J. B.

Extirpation de la verge, par CABADÉ; rapport par P. BERGER (*Soc. de chir.*, *p.* 500, 1878).

L'opération fut faite pour un cancer de la verge, ayant récidivé après l'amputation partielle de cet organe et nécessité une intervention beaucoup plus étendue. Pour enlever la totalité des parties malades, l'auteur eut recours à un procédé opératoire nouveau : il eut l'idée de faire con-

verger deux dissections, l'une du plan supérieur, l'autre du plan inférieur de la tumeur vers la région membraneuse de l'urèthre, de pratiquer à ce niveau une boutonnière au canal, de passer une chaîne d'écraseur à travers cette boutonnière en contournant la partie latérale de la sonde introduite dans l'urèthre, puis de sectionner successivement les deux moitiés de la circonférence de l'urèthre et les tissus avoisinants, ainsi que les adhérences qui rattachaient encore les parties latérales de la tumeur aux branches ascendantes de l'ischion. Jusqu'ici la section avait toujours été pratiquée sur le corps spongieux et sur la racine des corps caverneux; aucun chirurgien n'avait reculé les limites du terrain opératoire jusqu'à la région membraneuse de l'urèthre.

L'auteur du rapport a répété l'opération sur le cadavre, et l'a trouvée d'une exécution laborieuse. Il a remarqué en outre qu'elle laisse une plaie infundibuliforme, dont la base tournée en avant correspond au tissu cellulaire des bourses, disposition qui constitue pour l'opéré une menace constante d'infiltration d'urine.

Il y a avantage, dans le cancer étendu de la verge, à enlever jusqu'aux derniers vestiges du corps spongieux, afin d'éviter les récidives. Mais avant de procéder à cette extirpation totale en suivant les règles posées par M. Cabadé, on fera bien de diviser d'abord d'avant en arrière le scrotum en deux moitiés renfermant chacune un testicule, division à laquelle ont eu recours Delpech, Lallemand, Roux, Bouisson, et qui paraît présenter un double avantage : rendre l'opération plus facile et les suites plus simples. L. G. R.

HYGIÈNE ET MÉDECINE MILITAIRES.

Mittheilungen über die Militär-Sanitätsverhältnisse in niederländisch Indien (Le service de santé militaire aux Indes néerlandaises), par L. DORING (*Deutsche militairärtz. Zeit.*, *p.* 22, 1879).

Il n'existe pas de rapport annuel sur l'état sanitaire de l'armée hollandaise des Indes: les chiffres qui suivent sont extraits du « *Kolonial-Verslag.* »

L'effectif était au 31 décembre 1876, de 37931 hommes, se décomposant ainsi : 15513 Européens, 298 Africains, 1028 indigènes d'Amboine et 21092 Indiens. Il est impossible d'imaginer une armée plus bizarre : la section européenne comprend, parmi beaucoup de Hollandais et de Belges, 1760 Français, 1000 Allemands, autant de Suisses; la section indienne compte des Javanais, des Malais, des Dajaks, etc. Les Africains proviennent uniquement de la côte d'Eluima, actuellement anglaise.

Au 31 décembre 1876, existaient dans les hôpitaux 4461 militaires en

traitement, soit 117 0/0. Les décès de l'année sont au nombre de 2584 (1343 Européens, 1241 Indiens). Les causes principales de mortalité sont les fièvres de malaria (550 cas), le choléra (479), la dysentérie (392).

Cette mortalité varie énormément suivant les garnisons ; elle monte à 100 0/0 à Java, Madura et Atjeh, tandis qu'elle n'atteint que 50 0/0 à Sumatra, Banka, Bornéo, etc.

Les Européens sont naturellement frappés de préférence, en général 75 0/0, tandis qu'en Algérie ou dans les Indes britanniques, le chiffre de la mortalité est de 9 et de 15 0/0. Les garnisons du littoral sont beaucoup plus insalubres que celles de l'intérieur, ce qui est le contraire de ce qui existe dans la Grande-Bretagne.

Les chiffres cités plus haut, montrent quel rôle important jouent dans la mortalité le choléra, la dysentérie et les fièvres paludéennes.

Le delirium tremens est souvent observé parmi les Européens : le vin et la bière se vendant de 2 à 3 francs la bouteille, les soldats se rejettent sur les eaux-de-vie souvent de qualité détestable.

La syphilis atteint environ 70 0/0 des Européens et 50 0/0 des Indiens. Cette proportion, bien au-dessous de celle que l'on observe dans les Indes anglaises, est cependant très considérable, vu les habitudes du pays. Il faut savoir en effet que tout soldat, qu'il soit européen, africain, ou malais, a le droit d'avoir une indigène dans la caserne et de partager avec elle son lit ; de manière que la prostitution se trouve remplacée par un concubinage réglementé ; les femmes sont soumises aux lois militaires et sont soignées dans les hôpitaux militaire en cas de maladie. En cas de mobilisation, elles sont réunies en compagnie dans la garnison, reçoivent des rations et sont renvoyées à leurs propriétaires, dès que les circonstances le permettent ! Dans les cas de simple changement de garnison le soldat emmène sa *Njahi* et le gouvernement paie le passage.

« Qui sait, dit l'auteur, quel développement aurait pris la syphilis sans ces salutaires mesures qui n'imposent pas à l'instinct de la nature, le sceau du péché, mais le maintiennent dans une voie bien tracée. » Le fait est que cette situation ne manque pas d'originalité.

L'*opiophagie* est la plaie du contingent indien. Ces militaires n'entrent guère à l'hôpital que lorsque le débitant chinois ne leur fait plus crédit, et ils y tombent malades, parce qu'il leur manque le narcotique habituel. Ceux qui n'ont pas l'habitude de lire sur le visage les traits imprimés par cette intoxication journalière, se trompent et ne savent quel diagnostic admettre : un simple infirmier expérimenté voit de suite où gît le mal, et sait qu'une dose sérieuse de laudanum va faire disparaître en une demi-heure tous les tourments de l'Indien.

La phthisie et les maladies du poumon, en général, sont peu fréquentes.

Le béribéri, cette affection énigmatique des régions tropicales, a fourni 1004 cas de maladies et 51 décès. Les Européens sont rarement atteints, les Africains encore moins. Les Indiens qui vont toujours nu-pieds sont atteints de préférence.

(L'auteur attache de l'importance à cette remarque : l'affection débute toujours, dit-il, par les extrémités inférieures.) Les garnisons de

Banka, Atjeh, les Moluques fournissent le plus grand nombre de cas de béribéri.

Les conditions hygiéniques de l'armée sont bonnes. La tenue laisse cependant à désirer. Le képi réglementaire est généralement condamné; on tolère l'usage du feutre anglais en campagne. L'alimentation se compose de 370 grammes de viande, 550 grammes de riz, 200 grammes de pain, puis du café, du sel, de l'huile de palme, du carry, du piment, du vinaigre, des oignons.

Pour soigner ses malades l'armée comprend 159 officiers sanitaires, 42 pharmaciens et 1092 hommes de troupes. Le personnel des officiers paraît assez mêlé et comprend en tous cas beaucoup d'étrangers, attirés par la prime considérable (13000 francs) payée par le gouvernement hollandais pour un service de cinq années. C. Z.

Report of the Committee, etc. (Réformes projetées du service de santé anglais (*The Lancet*, 1878, *n*° 47 *et* 49, *Deutsche militairärzt Zeitt*, 1879, *n*° 1) (*Exposé du médec. général Roth*).

L'histoire du service de santé anglais est, pour toutes les armées, extraordinairement instructive. On sait combien fut belle la situation faite aux médecins militaires de la Grande-Bretagne par le règlement de 1858, à la suite de la guerre de Crimée. Et cependant voici que la nécessité d'une réforme se fait déjà sentir chez nos voisins! C'est que les prescriptions réglementaires ont été trop souvent éludées par le commandement au grand détriment de nos confrères, que cet abaissement de propos délibéré de droits conférés par la loi a pu passer inaperçu pendant la paix, mais non pendant la guerre. Et l'Angleterre a coup sur coup la guerre de Chypre, du Cap, de l'Afghanistan (de rudes écoles pour toutes les branches de son armée), et elle ressent le besoin de raffermir le corps de santé, quitte peut-être à oublier ces beaux projets de réforme, quand la paix sera faite!

Quoi qu'il en soit, le rapport que nous analysons est le résultat des travaux d'un comité très compétent, chargé de s'enquérir des causes de la diminution progressive du nombre des candidats à l'école de Netley et des remèdes à apporter à cette situation.

« L'armée, dit le rapport, ne peut se passer du médecin. Elle n'a pas besoin de l'élite de la profession, mais ses médecins doivent représenter au moins la moyenne des médecins ayant une pratique fructueuse. C'est pourquoi il est nécessaire de rendre cette branche de service assez attrayante pour attirer le plus grand nombre possible d'étudiants des meilleures classes. »

Pourquoi donc y a t-il insuffisance de candidats?

1.—Au point de vue de la solde, il est à remarquer que depuis 30 ans les émoluments des médecins civils ont suivi une progression bien supérieure à celle de la rémunération du corps de santé militaire. Il y aura donc lieu de l'augmenter. De plus il sera permis à tout médecin militaire, après dix ans de service, de se retirer avec le droit à une gratification fixée à 1250 liv. sterl.; si la durée du service est de 15 ou 18 ans, la gratification sera de 1800 à 2500 liv. sterl.

2. — Les médecins militaires, n'étant pas attachés à des régiments

n'ont pas droit à des soldats-ordonnances, ce qui constitue pour eux une notable infériorité. Il est recommandé de leur conférer ce droit, comme on l'a fait pour les officiers du génie.

8. — « Comme toutes les personnes dont le service comporte un certain danger, les médecins de l'armée attachent une grande importance aux honneurs militaires. Nous partageons entièrement leurs idées à ce sujet et nous demandons qu'à l'avenir ils aient une part égale à celle des autres corps. »

Il ne suffit pas de dire : les médecins ne sont pas des *combattants !* Que sont-ils alors, et pourquoi ont-ils dans toutes les armées une mortalité supérieure à celle des autres officiers? Dans l'armée anglaise, en particulier, 538 médecins pour 0/00 atteignent l'âge de 50 ans, contre 689 officiers ordinaires. Et cependant dans le génie, il y a 350 officiers décorés (dans le sens anglais) contre 10 médecins ! Et les médecins de Crimée, de Chypre, des Indes, du Sénégal, qui périssent par douzaines à lutter contre les épidémies, ce ne sont pas des combattants ?

4. — Laissant de côté une foule de dispositions de détail nous arrivons au point le plus important, qui est, comme nous l'avons dit, le refus d'accorder les droits conférés par la loi. Comme exemple, il fut décrété en 1861 que dans les comités la présidence quoique due au médecin d'après le rang militaire, ne pouvait être exercée par lui. En 1862, on défendit aux médecins montés du rang d'officier d'état-major, de paraître à cheval dans les revues ! Quelle puérilité ! On se demande en vain les raisons de pareilles mesures. Toutes ces questions ont été étudiées avec soin par le comité qui propose de revenir au texte même de la loi et de maintenir intégralement les droits conférés par le règlement de 1858.

Ces quelques mots suffiront, je crois, pour faire comprendre l'esprit et l'importance des réformes proposées. Il n'y a qu'à féliciter nos confrères de l'armée anglaise. C. Z.

Ueber die Schussverletzungen des Schultergelenks und die Resultate ihrer Behandlung (Des coups de feu de l'épaule et de leur traitement pendant la guerre de 1870), par ERNESTI (*Deutsche militairärtzt. Zeit., p.* 541, 1878).

Ce travail continue la série des excellentes monographies publiées par les médecins militaires allemands, d'après les documents fournis par la division technique du ministère de la guerre. Il nous paraît être cependant au-dessous de ses prédécesseurs, pour le fonds comme pour la forme. Les observations très nombreuses se suivent sans ordre : des cas des plus intéressants et des plus importants sont perdus au milieu d'observations sans valeur vu le manque de détails. On trouve intercalée à la page 546 une méthode de pansement propre à l'auteur, et qui n'est guère qu'une application du procédé général de Lister, qui, d'ailleurs, ne doit pas figurer dans un travail de statistique.

Ces réserves faites, on lira avec fruit la compilation d'Ernesti, et on y trouvera des renseignements utiles. Pour ce qui concerne le résultat des résections de l'épaule, les dernières nouvelles sont du commencement de 1875, et ont été fournies par les blessés eux-mêmes. C'est une date un peu ancienne, mais cependant le temps écoulé depuis l'opération

permet de mieux apprécier les résultats possibles d'une opération si discutée.

Voici comment Ernesti divise les coups de feu de l'épaule :

1° « L'articulation n'est pas ouverte ; la balle a frôlé la capsule (*Contourschuss*) ; il se produit une ouverture secondaire de la jointure à la suite d'une nécrose limitée de la capsule ou d'une perforation causée par une synovite purulente.

2° La capsule est ouverte, mais la tête humérale n'est pas atteinte : le canal de la balle passe immédiatement au-dessous de l'acromion (Langenbeck a vu deux cas de ce genre en 1866, Bergmann de même) ;

3° La balle a frappé la tête humérale, y creusant une gouttière ou un trou à parois lisses ;

4° La balle a fracassé la tête humérale en innombrables morceaux (coup de feu à bout portant) ou l'a séparée en quelques esquilles seulement, puis y est restée, ou bien est sortie ou enfin a pénétré dans le thorax. (Il faut toujours penser à cette dernière possibilité lorsque l'ouverture d'entrée est externe et qu'il n'y a pas d'ouverture de sortie) ;

5° La balle a frappé l'humérus dans la région des tubérosités et a produit des fissures jusque dans la tête ;

6° Ouverture de la capsule, déchirure des parties molles environnantes et fracas des os sans lésion des gros troncs nerveux et vasculaires.

7° Lésions ci-dessus avec déchirure des vaisseaux et des nerfs.

Si l'on récapitule les résultats obtenus par les diverses méthodes de traitement, on obtient les chiffres suivants :

Conservation, 119 cas avec 113 guérisons et 6 morts. Résection, 325 cas avec 198 guérisons et 127 morts. Désarticulation, 112 cas avec 60 guérisons et 52 morts, ce qui fournit en définitive une proportion de 66,72 0/0 de guérisons

La plus grande mortalité a été observée pendant la période intermédiaire : dans les résections 47,62 0/0, dans les désarticulations 58,82 0/0.

La mortalité moindre est fournie par la désarticulation primaire : 26,19 0/0 et la résection secondaire 37,40 0/0. Les meilleurs résultats au point de vue de l'utilisation postérieure des membres sont fournis par la méthode de conservation : 47,11 0/0 contre 32,82 0/0 de la résection.

Parmi les résections on trouve que la résection secondaire donne de meilleurs résultats au point de vue de l'emploi ultérieur du membre que la primaire : 63,51 0/0 contre 60,71 0/0.

C'est une erreur de croire que la faculté une fois acquise d'employer un membre réséqué puisse diminuer progressivement par suite d'atrophie musculaire. C. Z.

Die Behandlung der Schusswunden des Kniegelenks im Kriege (Traitement des coups de feu du genou en campagne), par E. BERGMANN (*Broch. in-8° de 57 pages, Stuttgart, 1878, et Deutsche militairärtz. Zeit., p. 640, 1878*).

L'articulation du genou est un mauvais terrain pour la chirurgie conservatrice : l'histoire des dernières campagnes le prouve surabondamment et les plaidoyers très chaleureux de quelques rares chirurgiens ont rallié peu de personnes à la cause de l'expectation ou de la résection.

Les quelques cas heureux ont été attribués à ce que le coup de feu contournait l'articulation, ou à ce qu'il était exactement dirigé dans un certain sens, et pouvait traverser la jointure sans léser les os (Simon). Cependant après la guerre de 1870, Klebs attira l'attention sur la bénignité relative des plaies articulaires à étroite ouverture, recherches confirmées depuis l'emploi de la méthode de Lister.

La méthode employée par Bergmann pendant la guerre turco-russe, à Simnitza, semblent plaider en faveur de l'expectation dans des cas déterminés, lorsque l'on emploie le pansement antiseptique.

Au début de la campagne, Bergmann employait dans les cas récents la méthode qui a donné de si brillants résultats à Volkmann : large ouverture de l'articulation, extraction des esquilles, lavage aux solutions concentrées d'acide phénique, drainage et pansement classique.

Mais les résultats obtenus furent tellement mauvais qu'il dut complètement abandonner cette pratique : mettre en contact direct la solution phéniquée et la séreuse articulaire, c'était ajouter un nouvel irritant et le mettre dans les meilleures conditions pour qu'il pût agir rapidement.

Pendant la seconde période de la campagne, voici comment il procédait à l'égard des coups de feu du genou. Immédiatement après la blessure on placait le membre, en évitant avec le plus grand soin de toucher à la plaie, dans un appareil plâtré, très rembourré de coton, appareil restant en place pendant l'évacuation. 59 cas furent ainsi traités et fournirent 30 cas de guérison.

Plus tard, Bergmann eut l'idée de combiner la méthode antiseptique avec l'immobilisation du membre. La méthode la plus pratique, se disait-il, serait d'envelopper la plaie, sans en avoir fait l'exploration manuelle ou instrumentale, de plusieurs couches de coton phéniqué ou salicylé, puis de placer toute l'extrémité, y compris la hanche, dans un appareil plâtré pouvant rester longtemps en place. « Ainsi l'on utiliserait l'étroitesse de l'ouverture, l'immobilisation du membre : on recueillerait les sécrétions de la plaie sans la mettre en contact des germes atmosphériques, et la compression énergique de l'appareil empêcherait l'infiltration du sang favorisant la purulence. » Cette idée, l'auteur put la mettre en exécution quelque temps après. Après l'assaut de Plewna le 12 octobre 1877, il put choisir parmi un grand nombre de blessés 15 coups de feu du genou, qu'il pansa sur le champ de bataille d'après la méthode ci-dessus, et qu'il conduisit à Sistowa où ils arrivèrent après une traversée fatigante de 4 jours et autant de nuits. De ces 15 hommes, 1 seul mourut, 2 furent amputés secondairement, 12 conservent leur membre. 8 d'entre eux eurent peu ou point de suppuration. Ces derniers résultats sont véritablement surprenants : on croirait presque que les cas ont été trop adroitement choisis sur le champ de bataille de Plewna ! Mais d'un autre côté l'auteur avoue avec tant de candeur ses hésitations et son travail porte si bien le cachet de la véracité que le doute n'est pas permis. »

C. Z.

Schleifstein-Exsudate der Recruten (Exsudats « en forme de pierre à aiguiser » des recrues), par R. SEYDELER (*Deutsche militairärtz. Zeit., p.* 33, 1879).

Josephson a décrit il y a quelques années, des ostéomes siégeant dans les adducteurs de la cuisse et le pectiné, spéciaux aux jeunes cavaliers

(*R. S. M.*, VII, 491). Ces ostéomes ne seraient pas, selon l'auteur, des tumeurs osseuses, quelle que soit leur dureté à la palpation. Lorsque l'on a l'occasion de voir ces cavaliers aussitôt après l'accident, on peut se convaincre aisément qu'il s'agit d'une rupture musculaire. Dans un cas on pouvait « introduire deux doigts » dans la perte de substance. Il se produit immédiatement une hémorrhagie assez abondante qui remplit la déchirure. Ce sang peut se transformer par la suite, généralement en tissu fibreux ou cartilagineux, ou même *ostéoïde* dans des cas très rares ; jamais ce n'est de l'os véritable ; dans l'observation de Billroth, les canaux de Havers manquaient complètement.

Des observations analogues ont été faites par Seydeler en d'autres endroits du corps, chez des recrues de l'infanterie. C'était généralement à la suite d'exercices de saut, que les hommes se plaignaient d'une vive douleur du ventre. Cette douleur très transitoire ne les empêchait pas de faire leur service, mais bien de continuer l'exercice gymnastique, et c'est à ce propos qu'ils étaient présentés au médecin.

On constatait alors une tumeur plus ou moins considérable, dans la direction de l'un des muscles droits de l'abdomen, tumeur dure, indolore, donnant à la main la sensation d'une pierre à aiguiser, c'est-à-dire d'un corps élargi à son milieu, allant en s'amincissant vers les extrémités. Cette forme spéciale est déterminée par la structure anatomique du muscle. C'est toujours une déchirure, mais le muscle étant enganié dans une aponévrose très résistante, le sang épanché prend lui-même la forme de cette gaîne.

Quelques considérations sur les maladies professionnelles précèdent cette note ; l'auteur cite à côté de l'hygroma du genou des cordonniers, et de la contracture des doigts des blanchisseuses, le « catarrhe chronique des estomacs poméraniens ». G. Z.

I. — Des accidents produits par la marche pendant les fortes chaleurs et de leur pathogénie, par DEMMLER (*Progrès médical*, 14 *sept.* 1878).

II. — Idem, par SEVESTRE (*Progrès méd.*, 21 *septembre* 1878).

Dans un bataillon en marche au mois de juin plusieurs hommes furent pris d'éblouissements ; ils ne sentaient plus leurs jambes; d'autres éprouvaient des crampes dans les membres ; leur corps était couvert de sueur, brûlant à la main ; après le repos, la marche fut reprise et quelques soldats éprouvèrent de vraies défaillances. Enfin, à l'entrée de la ville, à l'ombre des maisons, un homme s'affaissa : cinq minutes après il avait perdu connaissance, était insensible ; sa poitrine se soulevait difficilement, le pouls était précipité, le corps couvert de sueur, la face pâle, un peu tirée ; des frictions, la respiration artificielle, une saignée, des affusions froides, furent pratiquées en vain : le pouls s'affaiblit et le malade mourut 2 heures après.

Un autre soldat éprouva une syncope avec constriction à l'épigastre, éblouissements, et se rétablit en peu d'heures.

Un autre, enfin, fut pris d'éblouissements ; sa face était rouge, ses yeux hagards, les pupilles contractées, le corps couvert de sueur, brûlant ; le malade, d'abord hébété, tombe dans un délire tranquille avec carphologie.

Au bout de 2 heures il se réveille et son intelligence revient peu à peu ; le lendemain il était guéri.

L'auteur établit 3 degrés : 1° sentiment de faiblesse dans les jambes, avec angoisse précardiale, céphalée, nausées ; 2° défaillance complète, délire ; 3° perte de connaissance, pouls précipité, de plus en plus faible. La face, congestionnée au début, est pâle à la troisième période. Ces accidents se produisent le plus souvent dans la deuxième partie des marches, après les repas faits à la grande halte ; enfin les hommes faibles sont plus souvent atteints.

Tout indique dans cette succession de phénomènes morbides une action produite sur les centres nerveux. L'auteur repousse l'idée d'une congestion pour se rattacher à l'anémie bulbaire par anoxémie. L'homme en marche, chargé du sac, respire mal ; la colonne d'air où il respire est composée d'air vicié par ses voisins, et cependant les oxydations des tissus, peau, muscles, etc., sont augmentées : tout cela nécessite une quantité d'oxygène plus grande qu'à l'état normal ; et pourtant l'oxygène fait défaut à l'homme : les muscles se nourrissent aux dépens d'un autre organe, l'encéphale. Le bulbe nourri par un sang insuffisamment oxygéné est d'abord irrité, d'où délire ; convulsions ; puis à l'irritation des centres nerveux succède la paralysie, d'où la perte de connaissance.

L'auteur conseille avant tout les affusions froides, les bains froids, et proscrit la saignée. H. L.

Note sur le système de bains par aspersion employé au 66e régiment d'infanterie, par HARO (*Recueil de mém. de méd. et de chir. mil.*, p. 502, 1876).

Les tentatives faites pour donner des bains réguliers aux soldats qui en auraient tant besoin ont toujours échoué pour des raisons financières : dès qu'un bain coûte plus d'un demi ou d'un centime il devient trop onéreux pour le régiment. La méthode employée au 66e régiment de ligne sous l'initiative du colonel Louis, a l'avantage d'être très peu coûteuse : il est vrai que ce n'est pas un bain, mais bien une douche chaude, que l'on fait prendre aux hommes. « On veut avant tout par un nettoyage complet du corps, le débarrasser de l'enduit crasseux qui le recouvre, mélange de débris épidermiques, des produits de la transpiration et de poussières diverses, et rendre ainsi à la peau sa perméabilité et sa souplesse ; or pour atteindre ce but, l'immersion prolongée de tout le corps n'est pas nécessaire, une double aspersion d'eau chaude bien dirigée suffit amplement ; néanmoins les extrémités inférieures, en raison de leur malpropreté habituelle plus prononcée exigent des soins spéciaux ; de là résulte la nécessité d'associer l'emploi de l'immersion à l'aspersion simple. » La méthode est facile à saisir : en voici les résultats. Outre le sentiment de bien-être que les hommes éprouvent au sortir du bain, il y a une diminution notable des affections légères de la peau, furoncles, prurigo, etc. : en outre, les lits sont moins sales, les draps moins souillés et les chambres exhalent une odeur beaucoup moins prononcée.

C. Z.

REVUE GÉNÉRALE.

SUR LE TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES DE L'AORTE SPÉCIALEMENT PAR L'ÉLECTROLYSE,

par A. SEVESTRE.

Consulter dans la *Revue des sciences médicales* les articles suivants :

BALFOUR, *I*, p. 862. — ANDERSON, *II*, p. 997. — CHARLTON BASTIAN, *III*, p. 695. — BROWNE, *III*, p. 697. — GREENHOW, *III*, p. 722. — LEVIS, *III*, p. 420. — ANDERSON, *V*, p. 257. — TUFFNELL, *V*, p. 719. — CRISTOFORIS, *VI*, p. 322. — ANDERSON, *VII*, p. 558. — FISCHER, *VII*, p. 559. — BOWDITCH, *VIII*, p. 150. — DUJARDIN-BEAUMETZ, *XII*, p. 552. — RIVET, *XII*, p. 553. — DRESCHFELD, *XII*, p. 553. — SIMPSON, *XII*, p. 554. — PHILIPSON, *XII*, p. 555. — BALFOUR, *XII*, p. 555. — BRAMWELL, *XII*, p. 556. — SIMPSON, *XII*, p. 557. — GRIMSHAW, *XII*, p. 557. — HEATH, *XII*, p. 558. — HOLMES, *XII*, p. 559. — BACCELLI, *XII*, p. 559.

Renseignements bibliographiques : I, p. 724, 871. — *II*, p. 468. — *III*, p. 331, 360, 431, 808, 858. — *IV*, p. 347, 372, 753. — *V*. p. 770, 776. — *VI*, p. 378, 761. — *VII*, p. 385. — *VIII*, p. 405, 798. — *IX*, p. 403, 785, 786. — *X*, p. 356, 358, 766, 767, 781. — *XI*, p. 342, 344, 780. — *XII*, p. 353, 742, 743. — *XIII*, p. 335.

Consulter les auteurs *classiques*, les *articles des dictionnaires*, et les travaux suivants :

SPERIMENTI DI GALVANO AGO PUNCTURA INSTITUTI SULLE ARTERIE E SULLE VENE, par **Strambio** (*Milan*, 1847). — SULLA ELETTRO-PUNTURA NELLA CURA DEGLI ANEURISMI, par **Ciniselli** (*Crémone*, 1856). — SUL PROCESSO OPERATIVO DELL' ELETTRO PUNTURA NELLA CURA DEGLI ANEURISMI DELL' AORTA, par **Ciniselli** (*Annali universali di medicina, nov.* 1870). — ANEURISMA DELL' AORTA TRATTATO COLL' ELETTRO, par **Ciniselli** (*Giornate della R. Academia di Torino*, 1873). — SOPRA ALCUNI ANEURISMI DELL' AORTA TORACICA OSSERVATI DOSSO 1870, par **Ciniselli** (*Galvani*, 1873). — SULLA ELETTROLITI CONSIDERATA NEGLI ESSERI ORGANIZZATI, par **Ciniselli** (*Galvani*, 1874). — GALVANO PUNCTURA IN A CASE OF ADOMINAL ANEURISM, par **Anstie** (*The Lancet*, 1874, *t. II*, *p.* 98). — LECTURES ON ELECTROLYSIS, par **Duncan** (*British med. Journ.*, 1876, *t. I*, *p.* 619, 715). — DE LA COMPRESSION DE L'AORTE A L'AIDE DE L'ANESTHÉSIE DANS LE TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES INTRA-ABDOMINAUX, par **Woirhaye** (*Thèse de Paris*, 1876). — TWO CASES OF THORACIC ANEURISM IN WHICH GALVANOPUNCTURE WAS USED, par **Simpson** (*British med.*

Journal, 1877, *t. II*, *p.* 40). — Discussion sur le traitement des anévrysmes a la British med. Association, par **Simpson, Philipson, Mahomed, Roberts, Cliffort Albutt, etc.** (*British med. Journ.*, 1877, *t. II*, *p.* 247). — Contribution a l'étude de l'électrolyse dans le traitement des anévrysmes, par **Lecadre** (*Association française pour l'avancement des sciences, le Havre*, 1877, *Analysé dans le Progrès médical*, 1877, *p.* 672). — Note sur un cas d'anévrysme de la crosse de l'aorte traité par l'électro-puncture, par **Dujardin-Beaumetz** (*Bulletin de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1877, *et Bull. de thérapeutique*, 1877, *t. I*, *p.* 1). — Sur le traitement des anévrysmes de l'aorte par l'électro-puncture, par **Ciniselli** (*Bull. de thérapeutique*, 1877, *t. I*, *p.* 177). — Discussion a la Soc. de thérapeutique (*Bull. de thérapeutique*, 1878, *t. I*, *p.* 283). — Revue critique sur le traitement des anévrysmes de l'aorte, par **Bacchi** (*Bull. de thérapeutique*, 1878, *t. II*, *p.* 119 *et suiv.*). — De la valeur thérapeutique des courants continus, par **J. Teissier** (*Thèse d'agrég.*, *Paris*, 1878). — Du traitement de l'anévrisme aortique avec observations, par **J. Dreschfeld** (*Revue mensuelle de méd. et de chirurgie*, 1878, *p.* 561). — Leçons de clinique thérapeutique, par **Dujardin-Beaumetz** (*Paris*, 1878). — Electro-puncture in aneurism of the arch of aorta (*Med. Times*, 1878, *t. I*, *p.* 124). — Some indications for the diagnosis and treatment of aortic aneurism, par **Mahomed** (*British med. Journal*, 1878, *t. I*, 816). — On current-measurements in electro-therapeutics and in the electrolysis of blood, par **Dixon Mann** (*British med. Journ.*, 1878, *t. I*, *p.* 404). — Sur le traitement des anévrysmes de l'aorte par l'électro-puncture, par **Dujardin-Beaumetz et Proust** (*Association française pour l'avancement des sciences, Paris*, 1878, *Analyse dans le progrès médical*, 1878, *p.* 685; *Observations de Proust dans la thèse de Teissier*). — Case of aortic aneurism treated by galvanopuncture, par **Browne** (*The Lancet*, 1878, *t. II*, *p.* 582). — Anévrysme de l'aorte ascendante traité avec succès par la méthode électrolytique, par **Bucquoy** (*Acad. de méd.*, 1879, *et Union médicale*, 1879). — Anévrysme de l'aorte traité avec succès par l'électrolyse, par **Verardini** (*Alger médical*, 1878).

Le traitement des anévrysmes de l'aorte, tel qu'on le trouve exposé aujourd'hui dans les ouvrages classiques et dans les articles de dictionnaires les plus récents, se réduit à peu près exclusivement à des moyens palliatifs, s'adressant spécialement à certains symptômes, mais impuissants à arrêter dans son évolution une lésion, presque fatalement progressive.

On savait cependant par quelques faits trouvés çà et là dans des autopsies, que la guérison des anévrysmes de l'aorte est possible, et qu'elle peut se faire d'une façon spontanée, grâce à l'oblitération du sac par des caillots ; mais lorsqu'on avait essayé de reproduire ces résultats favorables, on avait toujours échoué plus ou moins complètement, et l'on se considérait comme satisfait lorsque, par les injections de morphine, par les applications de glace, par la digitale, etc., on avait réussi à modérer les symptômes les plus pénibles pour le malade. Aussi ne faut-il pas s'étonner de l'intérêt qu'ont excité, dans ces dernières années, quelques tentatives à la suite desquelles on était arrivé à déterminer dans certains cas d'anévrysmes de l'aorte, des modifications inespérées équivalant parfois à une guérison, mais cependant trop souvent tempo-

raires. Néanmoins, ce résultat même partiel, n'était point sans valeur dans une maladie d'un pronostic aussi grave que l'anévrysme de l'aorte.

Ces succès plus ou moins complets avaient été obtenus à l'aide de diverses méthodes, dont la plus importante est l'électrolyse.

La *méthode de Valsalva* est aujourd'hui à peu près complètement abandonnée, et la plupart des médecins ont, au contraire, adopté la pratique de Stokes qui prescrivait à ses malades une alimentation réparatrice et même généreuse, en y joignant même l'usage du vin et quelquefois des stimulants. Cependant, Tuffnell et quelques autres après lui ont obtenu des résultats encourageants par une méthode spéciale consistant dans le repos, d'une part, et d'autre part dans une diète assez sévère et la privation de boissons. Tuffnell insiste surtout sur le repos et la nécessité de ne permettre que la plus petite quantité possible de liquides, afin de rendre le sang plus coagulable; en outre, lorsque l'état général du malade le permet, il règle l'alimentation de la façon suivante :

Déjeuner. — Pain et beurre (60 gr.); lait (60 gr.).

Dîner. — Viande (90 gr.); pain et pommes de terre (90 gr.); eau ou bordeaux (120 gr.):

Souper. — Pain et beurre (60 gr.); thé (60 gr.).

Sous l'influence de ce régime, on aurait vu, paraît-il, certains malades engraisser.

Tous les auteurs, quel que soit le mode de traitement adopté, sont d'ailleurs unanimes pour recommander le repos qui, lorsqu'il n'amène pas la guérison, paraît du moins prévenir les accidents sérieux.

Un autre mode de traitement, sur lequel il semble que l'on puisse compter dans une certaine mesure, d'après les résultats obtenus depuis quelques années, consiste dans l'emploi de l'*iodure de potassium*, préconisé déjà par Bouillaud en 1859, et en 1862 par Chuckerbutty, médecin de l'hôpital de Calcutta.

Balfour a publié douze cas dans lesquels il avait observé une diminution du volume de la tumeur et des battements, et quelquefois même il avait noté la disparition presque complète de l'anévrysme. Bramwell a rapporté six cas du même genre, et récemment aussi MM. Potain, C. Paul, Bucquoy ont constaté, sinon des guérisons, au moins des améliorations très notables par l'emploi de l'iodure de potassium à haute dose. Il faut en effet arriver assez rapidement aux doses de 2 et 3 grammes par jour, et même si le traitement est bien supporté, jusqu'à 5 ou 6 grammes.

Lorsqu'il survient des phénomènes d'intolérance, on peut suspendre pendant quelques jours, puis revenir de nouveau à la médication iodurée; mais on doit cette fois donner une dose plus élevée que celle qui avait fait interrompre le traitement, et continuer à élever progressivement le médicament, jusqu'à ce que l'on soit arrêté par des symptômes graves (Dujardin-Beaumetz). Il est assez remarquable d'ailleurs que l'économie s'habitue rapidement au médicament, et que les phénomènes d'iodisme, loin d'augmenter, diminuent plutôt au bout de quelques jours, malgré la progression croissante des doses.

L'action de l'iodure en pareil cas est assez mal connue. On a songé à faire entrer en ligne de compte l'influence que la syphilis paraît exercer dans un bon nombre de cas sur le développement des anévrysmes (V. le

travail de Welche, *R. S. M.*, XII, 546, et la discussion de la *Soc. méd. des hôp. de Paris*, le 28 février 1879). Mais l'action de l'iodure paraît s'être exercée même dans des cas où il était absolument impossible d'invoquer la syphilis, et par exemple dans l'une des observations de Bramwell.

Il ne semble pas non plus que l'iodure de potassium agisse en favorisant la production de caillots dans le sac anévrysmal. En effet, chez une malade qui paraissait avoir retiré de cette médication un bénéfice considérable, et qui était morte par le fait d'une maladie pulmonaire intercurrente, Balfour constata que le sac anévrysmal n'était point obturé par des caillots ; mais ce sac tout entier avait diminué de volume. Balfour, en rapportant ce fait à la Société médicale d'Édimbourg, émettait l'avis que l'iodure de potassium agit tout d'abord en diminuant la pression sanguine et en calmant la circulation générale ; consécutivement il serait possible qu'il amenât une hypertrophie de la tunique adventice ; cette modification existait en effet dans le fait de Balfour. Dreschfeld paraît assez disposé à admettre la même interprétation : il ajoute que l'effet immédiat de l'iodure est généralement de diminuer les douleurs névralgiques et la dyspnée qui accompagnent si souvent l'anévrysme (1); un autre effet est le ralentissement du pouls. D'après lui l'iodure, même employé seul, a dans certains cas produit d'excellents résultats surtout chez les personnes âgées, ou bien quand l'anévrysme est petit et de formation récente.

Il faut noter cependant que l'amélioration produite par l'iodure de potassium n'a été le plus souvent que temporaire. C'est ainsi que chez la malade de M. Bucquoy, les accidents reparurent après une rémission qui avait duré toute une année, et c'est alors que l'on eut recours à l'électropuncture.

Nous arrivons maintenant aux moyens externes ou chirurgicaux.

Les *applications de glace* sur la tumeur anévrysmale, applications qui répétées pendant des semaines ou des mois paraissent avoir donné à certains médecins et spécialement à Goupil de bons résultats, ont été au contraire fortement incriminées par d'autres : on doit en effet redouter l'action trop directe du froid sur la peau, lorsque celle-ci tend déjà à s'altérer, et l'influence non moins fâcheuse du froid sur le poumon ; néanmoins, et en prenant quelques précautions, on peut obtenir de bons effets des applications de glace, non seulement pour calmer la douleur, mais encore pour amener une modification plus profonde. Ce n'est pas que le froid favorise la coagulation du sang, bien au contraire ; mais peut-être agit-il en amenant une rétraction de la poche, ou plus probablement une inflammation (Beaumetz). Quoi qu'il en soit, l'influence favorable du froid est démontrée par certains faits dans lesquels on avait employé ce moyen isolément ou conjointement avec d'autres médications, et par exemple à la suite des séances d'électrolyse.

La *compression de la poche* n'est possible que lorsque la tumeur ayant détruit les parois thoraciques, fait saillie à l'extérieur ; dans ce cas même, elle ne doit être que bien rarement pratiquée, non pas seulement en raison des lésions de la peau qui pourraient en résulter, mais surtout

(1) Il est intéressant de rapprocher ces faits et l'interprétation qu'en donnent Balfour et Dreschfeld de l'action qu'exerce le même médicament sur les dyspnées cardiaques, action démontrée par les recherches de M. Sée.

dans la crainte d'amener par le refoulement de la tumeur des complications viscérales. Pourtant, M. Broca a récemment publié deux succès paraissant dus, en partie du moins, à la compression exercée par des applications successives de collodion : chez une malade, soumise d'ailleurs en même temps à un régime très modéré et à un repos absolu, on appliqua sur la tumeur saillante au devant du sternum, du collodion ordinaire non élastique, et par conséquent rétractile ; le lendemain, la tumeur était réduite des deux tiers ; le surlendemain il n'y avait plus de bruits de souffle, et les battements avaient considérablement diminué.

Pour les anévrysmes de l'aorte abdominale, la compression n'a plus les mêmes inconvénients, et elle peut être pratiquée d'une façon beaucoup plus efficace. Cette méthode, dans laquelle on comprime l'aorte au-dessus de la tumeur au moyen d'un appareil spécial, pendant que le malade est sous l'influence du chloroforme, a été plusieurs fois employée en Angleterre. Le Dr Woirhaye a montré que, sur 9 cas ainsi traités, il y a eu 6 guérisons.

Je me contente d'indiquer ici une autre méthode rentrant dans le domaine de la chirurgie, et qui consiste à faire la *ligature de la carotide :* On a quelquefois obtenu par ce moyen une amélioration plus ou moins nette.

Je signale également, sans m'y arrêter davantage, la méthode de Baccelli, qui introduit dans le sac anévrysmal des ressorts de montre, destinés à servir de centre pour la formation des caillots. Tous les malades opérés ainsi sont morts, et bien que cette terminaison ne soit pas directement attribuable à la méthode elle-même, et quelque rationnelle que puisse être celle-ci, il est probable que cette pratique ne rencontrera pas beaucoup d'imitateurs.

Mais la méthode la plus intéressante, celle qui a fait le plus de progrès dans ces derniers temps, et celle aussi qui paraît avoir le plus d'avenir, est l'*électrolyse*. Employée d'abord pour les anévrysmes externes par Philips, Pétrequin et plusieurs autres, l'électrolyse fut appliquée pour la première fois par Ciniselli aux anévrysmes de l'aorte. Pratiquée d'abord exclusivement en Italie par un certain nombre de médecins, elle a été appliquée dans ces dernières années en Angleterre par Anderson, Charlton Bastian, en Amérique par Bowditch, en Allemagne par Fischer, et enfin en France par MM. Dujardin-Beaumetz, Proust, Ball, Bernutz et Bucquoy.

Nous examinerons plus loin les résultats obtenus dans ces différents cas, mais auparavant nous devons indiquer brièvement les faits physiologiques sur lesquel est fondé le procédé de Ciniselli et les modifications qui ont été successivement apportées à ce procédé.

Les *phénomènes physiologiques de la coagulation du sang sous l'influence des courants électriques* sont, pour la plupart, connus depuis 1846, époque à laquelle le congrès scientifique italien à Gênes, nomma une commission spécialement chargée de cette étude. Les résultats des expériences faites alors en grand nombre et avec beaucoup de soin, et qui sont exposés dans le rapport de Strambio, ont du reste été confirmés depuis cette époque et complétés sur certains points par Ciniselli et d'autres observateurs (Broca et Regnauld), et dernièrement encore par MM. Teissier et Franck.

Si l'on fait agir un courant électrique sur le sang qui circule dans une

artère, par l'intermédiaire de deux aiguilles implantées dans les parois de cette artère, on peut obtenir un caillot capable d'obturer le vaisseau, et ce caillot paraît se former de la façon suivante : Des granulations fibrineuses se réunissent d'abord autour de l'aiguille positive, et la recouvrent du point d'entrée jusqu'à son extrémité, puis elles s'étendent le long de la paroi du vaisseau depuis l'aiguille positive jusqu'à la négative, et alors les granulations s'accumulent même sur l'électrode négatif en marchant vers la pointe, et en remplissant tout l'espace compris entre les deux aiguilles. C'est donc au pôle positif que se produit d'abord et surtout la coagulation; néanmoins, d'après Ciniselli, l'existence d'un pôle négatif dans le courant sanguin aurait pour résultat de favoriser singulièrement la coagulation, et celle-ci ne se produirait que beaucoup plus lentement, si l'on se contente d'appliquer le pôle négatif à l'extérieur.

Le caillot commence à se former dès que l'on a appliqué le courant; mais à ce moment, il est encore peu résistant; il devient ensuite (même en dehors de l'action de l'électricité) plus solide, plus dense et plus adhérent aux parois du vaisseau. Ce caillot est beaucoup moins solide et moins compacte, lorsque la portion d'artère dans laquelle on fait passer le courant électrique a été isolée par des ligatures, de façon à supprimer dans cette portion le cours du sang et, par suite, l'apport des matériaux pouvant contribuer à la formation du caillot.

Si l'on analyse d'une façon plus précise les phénomènes, on voit qu'au pôle positif se produisent de l'oxygène et des acides, d'où résulte l'oxydation de l'aiguille en acier, tandis qu'au pôle négatif se portent l'hydrogène, qui se dégage, et des alcalis, qui altèrent les tissus en contact avec l'aiguille.

Ces faits ont une grande importance, car ils rendent compte des écoulements de sang plus au moins abondants qui peuvent succéder à l'extraction de l'aiguille négative; ils permettent aussi d'expliquer les altérations constatées quelquefois au niveau de l'aiguille négative, jamais au niveau de l'aiguille positive. Enfin on a attribué au dégagement de l'hydrogène la production d'embolies gazeuses, qui cependant n'ont jamais été observées d'une façon certaine. Le Dr Bacchi a même entrepris avec M. Bochefontaine, dans le laboratoire de M. Vulpian, des expériences tendant à combattre cette hypothèse d'embolies gazeuses dans l'électrolyse du sang. Il résulterait de ces expériences que la quantité d'hydrogène qui se dégage par le pôle négatif est de beaucoup inférieure à la quantité *maxima* d'hydrogène que le sang peut tenir en dissolution, sans danger pour la vie de l'animal, et que, en outre, lorsqu'on injecte ce gaz lentement, c'est-à-dire de la même façon qu'il se dégage dans les expériences d'électrolyse, il n'y a pas à craindre d'embolies gazeuses.

La production des eschares autour de l'aiguille négative a plus d'importance, car elle a été observée un certain nombre de fois non seulement dans les expériences sur les animaux, mais encore dans certains cas d'anévrysme, et c'est à la suite d'un de ces cas qu'Anderson résolut de ne plus appliquer le pôle négatif aux aiguilles pénétrant dans la tumeur anévrysmale. On a cherché différents moyens pour empêcher la production des eschares.

On songea tout d'abord à revêtir les aiguilles d'une substance isolante; mais les résultats ne répondirent pas à l'attente, et les eschares

se produisaient quand même; en outre, si l'aiguille étant enfoncée un peu trop, la portion recouverte d'une couche isolante émergeait d'une certaine quantité dans le sac, le caillot ne se produisait pas à ce niveau et par conséquent n'adhérait pas à la poche. Ciniselli, remarquant qu'avec les aiguilles en or ou en platine, les eschares se produisent aussi bien au pôle positif qu'au pôle négatif, pensa que l'absence d'eschares autour des aiguilles en acier se trouvant en rapport avec le pôle positif, était le résultat de l'oxydation de ces aiguilles. Il vit alors qu'en effet, l'eschare ne se produisait pas si l'on n'appliquait le pôle négatif aux aiguilles qu'après les avoir d'abord mises en contact avec le pôle positif. Cependant l'oxydation produite par l'électricité positive ne préserve les tissus que pendant quelques minutes; car l'électricité négative, agissant ensuite par induction sur les tissus environnants, y produit les altérations qui lui sont propres et qui se manifestent par la décoloration de la peau et l'apparition d'une petite vésicule.

Nous avons exposé, en le faisant aussi brièvement que possible, les principaux faits observés dans les expériences physiologiques, parce qu'ils donnent en quelque sorte la clef des conditions opératoires que l'on doit chercher à réaliser dans le traitement des anévrysmes de l'aorte par l'électrolyse.

Ciniselli procède de la façon suivante : il implante dans l'anévrysme un nombre variable d'aiguilles (de 3 à 6, jamais moins de 3, afin d'avoir plusieurs noyaux de caillot), et ces aiguilles sont séparées au plus par un intervalle de 2 centimètres. Il met alors en contact avec la première de ces aiguilles le pôle positif, tandis que le pôle négatif est appliqué à l'extérieur de la tumeur, par une large plaque en tôle recouverte d'un morceau de peau mouillée. On laisse l'électrode positif en communication avec la première aiguille jusqu'au moment où l'on voit se former autour d'elle une petite aréole brunâtre. Cette aréole démontre que l'aiguille positive est assez oxydée et peut recevoir, sans crainte pour les tissus, le courant négatif. On ramène alors le courant à zéro et l'on met l'aiguille jusqu'alors positive en contact avec le pôle négatif, tandis que le positif est appliqué sur une seconde aiguille. On ouvre le courant, et lorsque l'on s'aperçoit qu'autour de la première aiguille commence à se former une petite aréole blanchâtre, on interrompt le courant en le ramenant graduellement à zéro. On continue ainsi jusqu'à ce que toutes les aiguilles aient été mises en contact successivement avec les deux pôles. On peut avec avantage prolonger la séance en revenant aux premières aiguilles, mais il est prudent de ne jamais faire passer le courant négatif plus de deux fois sur la même aiguille.

Le procédé de Ciniselli est celui que suivent encore aujourd'hui la plupart des médecins italiens, et que défend avec conviction le docteur Bacchi. Au contraire, les médecins français et anglais, ainsi que l'avait proposé Hamilton dès 1846, et comme l'a fait pour la première fois Anderson en 1870, mettent seulement le pôle positif en contact avec les aiguilles, et successivement avec chacune d'elles pendant 5 minutes; quant au pôle négatif, ils le font correspondre avec une plaque appliquée au voisinage de la tumeur. Et même, afin d'éviter les difficultés de l'application qui peuvent résulter des mouvements respiratoires, M. Beaumetz a proposé de placer ce pôle sur la cuisse, où il n'est plus sujet à se déplacer.

Ce pôle est constitué par une plaque métallique percée de trous et recouverte d'une peau de chamois que l'on peut, grâce à la présence de ces trous, maintenir constamment humide.

Les aiguilles employées par M. Beaumetz et les autres médecins français qui ont eu recours à cette méthode, sont des aiguilles très fines, en fer doux, enveloppées dans leur partie supérieure d'un enduit protecteur. Elles sont introduites et retirées au moyen de petits appareils ingénieux inventés par Gaiffe.

Relativement à l'appareil qui fournit le courant, on emploie en France, au lieu des piles de Ciniselli, l'appareil de Gaiffe, qui présente plusieurs avantages et qui, en particulier, permet, grâce au collecteur ou manipulateur, de faire passer successivement le courant sur chaque aiguille sans faire éprouver au malade le choc qui résulterait d'une rupture brusque du courant. Ciniselli a d'ailleurs indiqué avec beaucoup de précision quelle devait être la force chimique du courant; il a montré que pour obtenir un résultat favorable, il fallait que la pile à courants constants donnât de 20 à 25 millimètres cubes de gaz en 5 minutes par la décomposition de l'eau acidulée avec un trentième de son poids d'acide sulfurique du commerce.

D'après cet exposé du manuel opératoire, dont nous nous sommes attaché à reproduire les points essentiels, en négligeant certains détails importants pour la pratique, mais encombrants lorsqu'il s'agit de donner une vue d'ensemble, on voit qu'il existe deux procédés, celui de Ciniselli, et celui d'Anderson. Dans le premier, qu'ont suivi et que suivent encore tous les médecins italiens, on introduit à la fois dans le sac anévrysmal les deux pôles positif et négatif, et l'on a seulement la précaution de ne mettre une aiguille en communication avec le pôle négatif que lorsqu'elle a déjà été en rapport avec le pôle positif. Dans le procédé d'Anderson, au contraire, adopté par la plupart des médecins anglais et par tous ceux en France qui ont eu recours à la méthode de l'électrolyse, on fait seulement usage du pôle positif et l'on applique le pôle négatif à l'extérieur, au voisinage de l'anévrysme ou même à une distance quelconque.

Le premier de ces procédés a été vivement attaqué, et tout récemment encore par M. Teissier; cependant si l'on examine les faits rapportés par Ciniselli, par Bacchi et quelques autres, on sera tenté de regarder comme illusoires les craintes émises sur l'action du courant négatif, à condition bien entendu que l'on suive à la lettre les précautions indiquées par Ciniselli. Il est certain d'ailleurs que la présence du pôle négatif dans l'anévrysme facilite beaucoup la formation du caillot. D'autre part, le procédé d'Anderson, malgré son action plus lente, offre l'avantage d'exposer moins que l'autre à des accidents; mais dans un cas de danger imminent, nécessitant une action énergique et rapide, cette lenteur dans la coagulation pourrait exposer à des mécomptes regrettables. Aussi M. Bucquoy, tout en se félicitant de l'heureux résultat qu'il a obtenu dans un cas particulier avec le procédé d'Anderson (1), se demande s'il

(1) M. Bucquoy propose de le désigner sous le nom de méthode française. Mais outre qu'il ne s'agit pas là d'une méthode spéciale, nous croyons qu'il vaut mieux lui donner le nom d'Anderson, qui l'a le premier appliqué aux anévrysmes de l'aorte. Ce

ne serait pas bon, au moins pour certains cas déterminés, de revenir au procédé de Ciniselli. Il est possible en effet que chacun des deux réponde à une indication particulière, et, en tout cas, en présence des résultats obtenus en Italie, il est peut-être prématuré de condamner d'une façon absolue le procédé de Ciniselli, comme le font MM. Dujardin-Beaumetz et Teissier.

Résultats. — Comment agit l'électrolyse dans les anévrysmes, et spécialement dans les anévrysmes de l'aorte? Évidemment en favorisant la production des caillots ; et ce fait ressort suffisamment des autopsies qui ont été pratiquées, malheureusement trop souvent. En effet, on a trouvé dans ces cas des caillots plus ou moins consistants, et abstraction faite du temps qui s'était écoulé depuis l'opération, on a constaté généralement que ces caillots étaient plus épais, plus denses, lorsqu'on avait eu recours au procédé de Ciniselli que lorsqu'on avait employé celui d'Anderson : nouvelle circonstance venant confirmer l'opinion que nous émettions tout à l'heure sur la valeur des deux procédés.

Certaines autopsies ont même donné lieu à des remarques intéressantes ; ainsi, chez l'un des opérés de Bastian qui mourut d'hémorrhagie par rupture du sac, on constata de la façon la plus nette qu'au niveau de la ponction il existait une coagulation très ferme et très adhérente au sac ; les perforations s'étaient faites en dehors des piqûres, de sorte qu'il est permis de penser qu'avec des caillots plus épais ou plus étendus, la terminaison fatale aurait pu être prévenue, ou tout au moins retardée.

Quant à la cause de la coagulation, elle a été diversement interprétée. Évidemment, et quoi qu'on ait pu dire à ce sujet, il y a autre chose que l'irritation mécanique déterminée par le séjour de l'aiguille agissant comme corps étranger. Il y a probablement deux conditions à faire intervenir : d'abord l'action chimique ou, en d'autres termes, la décomposition électrolytique de l'eau et des sels du sang ; il est même possible, comme l'admet M. Beaumetz, que l'oxydation du fer de l'aiguille contribue pour sa part à favoriser la coagulation du sang. D'autre part, il faut tenir compte aussi de l'inflammation de la paroi du sac, consécutive à l'opération.

L'examen des *phénomènes cliniques* observés à la suite de l'opération peut d'ailleurs servir aussi à interpréter le mécanisme suivant lequel agit l'électrolyse dans les anévrysmes de l'aorte. Étudions maintenant ces phénomènes.

1° *Phénomènes immédiats.* — Au moment du passage du courant, il se produit habituellement une douleur plus ou moins violente, ayant son siège au milieu de l'anévrysme et présentant parfois des irradiations dans une étendue variable. D'après M. Teissier, cette douleur se produirait particulièrement au pôle négatif, qui serait d'autant plus pénible à supporter que son point d'application est plus circonscrit ; nous ferons remarquer cependant que cette douleur a été très intense dans les faits de Beaumetz, Bucquoy, etc., c'est-à-dire dans des cas où le pôle négatif était placé à l'extérieur et même loin de l'anévrysme.

procédé n'a du reste été employé en France qu'après avoir été pratiqué par beaucoup d'autres en Angleterre.

Cette douleur peut d'ailleurs persister pendant un temps variable; le plus habituellement elle diminue graduellement et disparaît au bout de quelques heures, le soir de l'opération; quelquefois seulement il reste encore le lendemain une sensation douloureuse, mais facilement supportable, souvent même moins pénible que la douleur propre à l'anévrysme, laquelle peut déjà être modifiée.

Au moment où l'on retire les aiguilles, il s'écoule parfois un peu de sang; mais cette petite hémorrhagie, qui le plus ordinairement fait défaut ou du moins se réduit à quelques gouttes, ne tarde pas à s'arrêter, soit spontanément, soit par l'application d'une légère couche de collodion. Il en est ainsi du moins lorsqu'on a suivi les précautions indiquées plus haut, particulièrement en ce qui concerne le pôle négatif.

2° *Phénomènes consécutifs.* — C'est tout d'abord une série de phénomènes inflammatoires, débutant quelques heures après l'opération, et se continuant pendant quelques jours pour diminuer ensuite progressivement d'intensité.

La tumeur, plus ou moins douloureuse encore, subit une tension marquée pendant deux ou trois jours, et les malades présentent en même temps un peu de céphalalgie, quelques troubles gastriques, etc., parfois un peu de fièvre; mais cette période inflammatoire, habituellement très modérée, et qui peut d'ailleurs être bornée à quelques phénomènes locaux, est ordinairement sans importance. Il n'en est cependant pas toujours de même, et dans l'un des cas de M. Proust, à la troisième séance d'électro-puncture, les phénomènes d'éréthisme se produisirent avec une telle intensité qu'à un moment donné on put croire soit à une inflammation véritable, soit à une rupture ou à un épanchement sanguin sous la peau : la poche anévrysmale était extrêmement saillante; les battements se faisaient sentir avec énergie; une sorte d'empâtement diffus simulait à s'y méprendre une exhalation sanguine. Dès le lendemain, cependant, ces phénomènes étaient moins accusés, et ils s'atténuaient de plus en plus, au point que quinze jours après l'opération, une amélioration était devenue très sensible.

En même temps du reste que ces phénomènes d'éréthisme dans la tumeur, on observe habituellement une diminution plus ou moins marquée de tous les symptômes : les battements sont moindres, les malades se trouvent soulagés, n'éprouvant plus qu'à un degré beaucoup moindre les douleurs et les symptômes résultant de la compression d'organes voisins; plusieurs, qui ne pouvaient plus dormir en raison des douleurs ou de l'impossibilité de garder le décubitus dorsal, retrouvent le sommeil dès le premier jour.

Dans les cas favorables, cette amélioration continue les jours suivants, et l'on observe un affaissement manifeste, un retrait de la poche anévrysmale et une induration de plus en plus marquée d'une partie de son contenu.

Le plus ordinairement d'ailleurs, même dans les cas les plus heureux, on est obligé de revenir à diverses reprises à l'électro-puncture, et ce n'est qu'au bout d'un certain nombre de séances, que le résultat peut être regardé comme à peu près définitif.

M. Bucquoy a pratiqué chez sa malade neuf séances, et encore reste-t-il chez elle une petite portion saillante du volume d'une grosse noi-

cette et qui conserve tous les caractères de la poche anévrysmale ; malgré sa persévérance, il n'a pu obtenir une coagulation qui s'étende à ce dernier reste de l'anévrysme. Il est probable, ajoute-t-il, que cette partie du sac se trouve directement en rapport avec l'aorte par l'orifice de communication et qu'elle subit ainsi plus immédiatement l'impulsion de chaque systole ventriculaire. Il semble cependant que depuis les deux dernières séances d'électrolyse la tumeur est plus résistante. Du reste dans la plus grande partie de l'espace rempli autrefois par la poche, espace où manquent les côtes et les cartilages costaux, la palpation permet de reconnaître une surface indurée, d'une consistance presque cartilagineuse. Il est donc certain qu'en ce point, une coagulation permanente est obtenue.

L'état général de la malade est aussi satisfaisant que possible : elle a bon appétit, bon sommeil, et se sent parfaitement capable de reprendre son travail ; elle ne se plaint qu'à de rares intervalles de quelques douleurs et de palpitations. Jamais, depuis le commencement du traitement, elle n'a vu reparaître ces horribles crises douloureuses qui simulaient l'angine de poitrine et menaçaient son existence.

En somme, dès la première application de l'électrolyse, la marche de la maladie s'est trouvée suspendue, et un grand bien-être a succédé aux douleurs angoissantes de la malade. Or, il est à noter, que chez cette femme, les progrès du mal avaient été très rapides et que l'on ne pouvait guère espérer les enrayer avec les méthodes ordinaires de traitement.

Nous avons rapporté avec quelques détails les résultats obtenus chez la malade de M. Bucquoy, non seulement parce que c'est un des cas les plus remarquables qui aient été observés, mais encore à cause du poids qu'ajoute à ce fait lui-même le caractère de l'opérateur, dont la prudence est bien connue de tous.

Dans un bon nombre d'autres cas d'ailleurs, les résultats, bien que moins complets, ont été encore très encourageants, et presque toujours on a obtenu une amélioration, qui malheureusement n'a souvent été que temporaire. Ciniselli a réussi trente-huit cas d'électro-puncture dans des anévrysmes de l'aorte, et sur ce nombre figurent onze faits dans lesquels une amélioration s'est maintenue pendant plusieurs mois et même 2 ou 4 ans. Dans sept autres cas, encore en observation à l'époque de la dernière publication, l'amélioration persistait depuis 3, 6, 8, 12, 16, et 28 mois.

Chez certains malades, bien que les résultats aient été moins heureux et que la mort soit survenue après un temps variable, soit par les progrès de l'anévrysme, soit par le fait de complications cardiaques ou autres, on avait noté cependant parfois un amendement de quelques symptômes; l'un des faits les plus intéressants sous ce rapport est celui de M. Proust. Il s'agissait d'un malade atteint d'anévrysme de l'aorte thoracique et présentant en même temps une paraplégie presque complète, avec impossibilité absolue de la marche et anesthésie cutanée incomplète étendue aux deux membres ; cet homme présentait aussi des crampes fort douloureuses se produisant au moindre mouvement et surtout pendant l'extension des jambes. Or, il y eut pendant un certain temps, à la suite de la première séance d'électrolyse, une diminution marquée des phénomènes spinaux, de sorte que le malade put se lever, faire le tour de son

lit, tandis les douleurs ont beaucoup diminué. Ce ne fut malheureusement qu'un temps d'arrêt, et la mort survint au bout de quelque mois, après le retour des accidents médullaires.

Si maintenant, on recherche les *accidents* imputables à la méthode de l'électrolyse, on s'étonne de n'en pas trouver davantage.

Ces accidents sont en effet tellement rares, qu'ils constituent en réalité une exception, lorsque, d'ailleurs, on a eu soin de prendre toutes les précautions indiquées. Les hémorrhagies, les ulcérations autour des aiguilles sont aujourd'hui tout à fait insolites. Les deux inconvénients les plus sérieux seraient peut-être la douleur, qui est quelquefois très vive pendant l'opération, et les phénomènes inflammatoires qui se produisent les jours suivants. Dans un des cas de Simpson, il y eut une inflammation violente et une suppuration du sac. C'est là une circonstance absolument exceptionnelle .Il va sans dire d'ailleurs que ce traitement ne doit point être appliqué dans tous les cas indistinctement et que l'électrolyse, comme toute méthode thérapeutique, présente des indications et des contre-indications.

Ciniselli les avait déjà parfaitement signalées. La première condition, c'est que l'on ait affaire à un anévrysme sacciforme, c'est-à-dire formant une poche distincte de l'aorte ; l'étroitesse de l'orifice de communication est aussi une des circonstances les plus favorables à la coagulation. En outre, il est important que la poche anévrysmale ne donne pas naissance à une artère volumineuse, ce qui pourrait exposer à une embolie, ou bien à l'arrêt brusque de la circulation dans une région plus ou moins étendue du corps. Il est évident que plus l'anévrysme sera récent et de petit volume, plus il y aura de chances de guérison.

Enfin l'une des conditions les plus importantes du succès est l'intégrité du cœur et des artères, de même que le bon état général du malade, son âge peu avancé, etc.

L'opération une fois décidée, on devra avec tout le soin possible et en usant de tous nos moyens actuels d'investigation, préciser les limites et l'étendue de la poche. Ce diagnostic, nécessaire pour poser les indications de l'opération, est plus indispensable encore pour l'exécuter et pour placer les aiguilles ; il importe en effet que celles-ci ne soient pas trop près de l'aorte et ne déterminent pas jusque dans le calibre de ce vaisseau un caillot qui pourrait être entraîné et produire des embolies plus ou moins graves.

De l'exposé qui précède, et dans lequel nous avons dû envisager seulement les faits les plus saillants, on peut tirer la conclusion suivante :

L'*électrolyse* dans les anévrysmes de l'aorte, est une méthode rationnelle; pratiquée avec les précautions nécessaires, elle ne paraît pas entraîner les accidents que l'on pourrait craindre *à priori*. Elle a dans un certain nombre de cas procuré une amélioration notable, quelquefois même une guérison. Néanmoins on ne doit pas y recourir d'emblée avant de connaître nettement les différentes particularités du diagnostic, et d'avoir précisé les indications. C'est une méthode encore à l'étude; il y aura lieu particulièrement d'examiner d'une façon comparative les résultats fournis par le procédé de Ciniselli et par celui d'Anderson. D'après les recherches actuelles, il semble que le procédé d'Anderson expose moins à des accidents, mais soit par contre moins actif.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1878.

A

Abcès. — Abcès de l'hypochondre droit; fistule persistante, écoulement de bile et de pus; extraction d'un calcul biliaire; amélioration, par Bryant (*Medical Times and Gazette*, vol. II, p. 682.) — Abcès du ligament large : double salpingite, mort par péritonite, par Piogey. (*Bullet. Soc. anat.*, p. 325.)— Abcès par congestion (pathogénie et diagnostic), par J. Pancoast. (*Philadelphia Med. Times*, 7 décembre.) — Abcès froid du ligament de Poupart; incision avec blessure du péritoine, hernie du cœcum et de l'appendice vermiforme et passage du pus dans la cavité abdominale. Réduction des intestins, suture de la plaie. Guérison du blessé qui succomba 2 mois plus tard à la suite d'un brusque accès de manie aiguë ayant duré 14 heures. Autopsie; tubercules de l'épiploon et méningite tuberculeuse, par Czerny. VIIe congrès de la Société allemande de chirurgie, 12 avril 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 21, p. 309, 27 mai.)

Abdomen. — Coup de baïonnette dans l'abdomen, guérison, par Jacubash. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 22, p. 319, 3 juin.) — Contusion de l'abdomen. déchirure légère du foie, rupture d'un kyste hydatique du rein; mort dans le collapsus, par Chevallereau et Gaucher. (*Bullet. Soc. anat.*, juin, p. 351.) — Fibro-sarcome de la paroi abdominale, avec transformation calcaire partielle et kyste hématique, par Gaucher. (*Bullet. Soc. anat.*, juin, p. 371.)

Absorption. — Mémoire sur l'absorption de la graisse et ses usages, avec quelques remarques sur la dégénérescence graisseuse. Lu à la Société médicale de Londres, par Lauder Brunton (*The Lancet*, 15 décembre 1877, p. 885.)

Accouchements. — Accouchement : statistique de 1,013 cas, par T. Newham. (*The Lancet*, vol. II, p. 841.)—Synopsis de mille cinq cents accouchements consécutifs, par Greene. (*Trans. of the obstetrical Soc. of London*, p. 204.) — De la comparaison entre les accouchements des maternités et des maisons particulières, par Winckel, Société gynécologique de Dresde, 27 mai 1876. (*Winckel's Berichte und Studien, II*, Leipzig, 1876, p. 242.) — Sur la cause de l'accouchement, par Maggia. (*Lo Sperimentale*, Florence, décembre.) — Contribution à la statistique des obstacles apportés par les anomalies des organes génitaux, par Moritz Liebmann. (*Zeits. für Geburts. und Frauenk.*, 2 *Band*, 1 *Heft*, p. 60.) — A quel jour l'accouchée doit-elle quitter le lit, par Otto Kuestner. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 23, p. 329.) — De la complication déterminée dans les accouchements par les tumeurs fibreu-

ses, par PLAYFAIR (*Trans. of the Obstetrical Soc. of London*, p. 101.) — Elimination 15 jours après un accouchement normal du tissu musculaire utérin sous la forme d'un lambeau de 21 centimètres de long sur 6 de large et 1 1/2 d'épaisseur; présentation de C. RUGE à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, 12 mars 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 27, p. 401, 8 juillet.) — Dystocie par spasme du col utérin, par HALSTED BOYLAND. (*The Lancet*, vol. II, p. 825.) — Accouchement difficile chez une primipare, devenue enceinte, après 13 ans de stérilité, à la suite de la division bilatérale d'un col déformé, par ROPER. (*Trans. of the Obstetrical Soc. of London*, p. 169.) — De la version par manœuvres externes, par GRELLETY. (*Lyon Médical*, 15 décembre.) — Nouveau cas d'accouchement forcé pendant l'agonie de la mère, par L. CRISTIANI. (*Archivio clinico dei Medici condotti Italiani*, Rome, 1876.) — Négligence rare d'une sage-femme dans un accouchement, par GRENSER. (*Société gynécologique de Dresde*, 5 octobre 1876.) (Résumé dans *Centralblatt für Gynækologie*, p. 92.) — Laparo-élytrotomie, par A. W. EDIS. (*Brit. Med. Journal*, 30 novembre.)

Acné. — Du traitement de l'acné, par Robert LIVEING. (*The Lancet*, 19 janvier, p. 83.)

Addison (Maladie d'). — Quelques considérations cliniques à propos de deux cas de maladie d'Addison, par J.-P. FABRE. (*Union Médicale*, 21, 26, 28 décembre.) — Maladie d'Addison, par Robert MUNRO. (*The Lancet*, p. 47, janvier.)

Albuminurie. — De l'albuminurie des galeux traités par les onctions de styrax, par UNNA. (*Archiv für path. Anat. und Phys.*, t. LXXIV, p. 421.) — Recherches sur le chlorure de sodium ; quelques mots sur l'albumine, par Enrique PARDO. (*Thèse de Paris.*) — Albuminurie intermittente dans un cas de nécrose du fémur. Amputation sous-trochantérienne, guérison, par BELLAMY. (*The Lancet*, vol. II, p. 732.) — Rétinite albuminurique pendant la grossesse (1 obs.), par MAXWELL. (*The Lancet*, vol. II, p. 900.)

Alcool. — De l'action et de l'usage de l'alcool dans l'état de santé et dans les maladies, par Sir Robert CHRISTISON et J. BEDDOE. (*Med. Times and Gaz.*, 30 novembre.) — Alcool comme agent thérapeutique, par J. BEDDOE. (*The Lancet*, vol. II, p. 622.) — De l'alcool comme aliment et médicament, par E. HUNT. (*Trans. of the internal. Cong. of. Philad.*, 1876, p. 452.) — Du diagnostic et du traitement des maladies aiguës produites par l'alcool, par John CURNOW. (*The Lancet*, 22 et 29 décembre 1877, p. 915 et 953.)

Alcoolisme. — Hydrate de chloral contre le délirium tremens, par OALOW. (*Petersburg. med. Wochens.*, III, n° 28.) — L'alcoolisme, ses effets, et les moyens de le combattre, par A. BAER. (*Berlin.*)

Aliéné. — Manuel des affections mentales par Heinrich SCHUELE, 1re partie Leipzig. (Le même ouvrage constitue le XVIe volume de l'*Encyclopédie Ziemssen.*) — Leçons sur la psychiatrie, par Carl DITTMAR, 1re partie, Bonn. — La situation actuelle et la situation antérieure de la psychiatrie à l'égard des autres branches de la médecine, par A SPAMER. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 33, p. 490, 19 août.) — Réflexions sur le procès Eulenburg (Aliénation mentale, affirmée par les experts, niée par les juges), par L. WILLE. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Ærzte*, n° 13, p. 385, 1er juillet.) — Quelques cas d'hallucination, par RAGGI. (*Rivista clin. di Bologna*, septembre.) — L'extension (*increase*) de la folie est-elle réelle ou non? (*Med. Times and Gaz*, p. 382, 28 septembre.) — Des hallucinations dans la paralysie générale des aliénés, par CLAUS. (*Allgem. Zeitsch. f. Psychiatrie*, *Band*, XXXV, *Heft* 5.) —

Des maladies mentales, par Heinrich SCHÜLE. (*Handb. der speciellen Pathol. von Ziemssen*, t. XVI.) — Le camphre administré contre l'insomnie des aliénées femmes, par STOEHR (d'Emden). (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 28, p. 416, 15 juillet.) — Notes sur quelques cas de luxations et de fractures chez les aliénés, par MORDRET. (*Soc. de Chir.*, p. 518.) — Conférences cliniques sur les maladies mentales, par LAGARDELLE. (*Paris et Dragnignan*, 1878.)

Aliment. — Formation de graisse par les aliments hydro-carbonés, par H. von LIEBIG. (*Berlin. klin. Wochens*, n° 31, p. 469, 5 août.) — Discussion sur la police des substances alimentaires, XVIIe réunion de la *Société centrale de médecine* à Zurich, 18 mai 1878 : SCHÆR, SONDEREGGER, NENCKY. (*Corr.-Bl. f. schweiz. Ærzte*, n° 14, p. 425, 15 juillet.)

Alopécie. — 2 cas d'alopécie générale chez des individus qui plus tard ont été atteints d'épilepsie, par GOWERS. (*Med. Times and Gaz.*, p. 379, 28 septembre.)

Amnios. — Hydramnios avec adhérences du placenta, par J. Wilds LINN. (*Philadelphia Med. Times*, 7 décembre.) — Epithélium de l'amnios, par Anna HOTZ. (*Berner Dissert.* Dresde.)

Amputation. — Désarticulation du fémur, guérison, par V. LESI. (*Raccoglitore medico*, septembre.) — De l'influence de la conservation du périoste sur la forme arrondie des moignons d'amputation. Discussion du VIIe congrès de la Société allemande de chirurgie, 14 avril 1878 : SCHNEIDER (de Kœnigsberg), P. GUETERBOCK, BARDELEBEN, von LANGENBECK. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 23 p. 341, 10 juin.) — Double amputation primitive simultanée, par M. RUDWIK. (*Allg. Wiener med. Ztg.*, n° 14.) — Amputation intra-utérine des doigts et des orteils, par A. KNOX. (*Brit. med. Journal*, 16 novembre.)

Amygdale. — Cas de cancer de l'amygdale, excision, par D. W. CHEEVER (*Boston med. and surg. Journ.*, 1er août). — Epithélioma primitif de l'amygdale, par Lennox BROWNE. (*Brit. med. Journal*, 7 décembre.)

Anatomie. — Démonstration d'anatomie, 248 grav., par ELLIS. In-8°, (Londres.) — Petit atlas complet d'anatomie descriptive du corps humain, par MASSE, nouvelle édition. (Augmentée des tableaux synoptiques d'anatomie descriptive, 1 vol. in-18, composé de 113 planches comprenant 5 à 600 figures dessinées d'après nature, par LEVEILLÉ.) — Anatomie topographique de l'homme ; figures et texte, par Wilh HENKE, Ire moitié de l'atlas lithographié par GATTERNICHT sur les dessins de l'auteur. (Berlin.) — Esquisses anatomiques pour la dissection, par A. HENSMAN, IIe partie : membre inférieur. (In-4°, 31 planches, Londres.)

Anémie. — Anémie progressive pernicieuse (ou idiopathique) ; hémorrhagies rétiniennes et double névrite optique ; mycrocythémie ; épistaxis ; mort ; nécropsie, par Stephen MACKENZIE. (*The Lancet*, 5 janvier, p. 13.) — Cas d'anémie pernicieuse progressive avec quelques observations, par R. P. HOWARD. (*Transact. of the internat. Congr. of Philadelphia*, p. 433, 1876.)

Anesthésie. — Du nitrite d'amyle comme antidote du chloroforme, par BURRALL. (*New York Med. Record*, juillet.) — Leçon sur l'anesthésie chez les enfants, par de SAINT-GERMAIN. (*France Médicale*, 4 et 7 décembre.) — Mort par le chloroforme chez un homme atteint de dégénérescence graisseuse du cœur, par A. H. LAVES. (*Med. Times and Gaz.*, p. 456, 19 octobre.) — De la

valeur comparée de l'anesthésie générale et de l'anesthésie locale dans les opérations de chirurgie dentaire, par G. Dop. (*Revue médicale de Toulouse.*) — Étude clinique sur l'hémi-anesthésie, par Wuth. (*Inaug. Diss. Göttingen.*) — De l'action du magnétisme et de l'électricité statique sur l'hémi-anesthésie hystérique, par Romain Vigouroux. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 18.) — Plusieurs cas d'hémi-anesthésie générale et sensorielle, observés dans les hôpitaux de Paris, par W. Allen Sturge. (*Brit. Med. Journ.*, 1er juin, p. 783.)

Anévrysmes. — Anévrysme des os, par V. d'Arpe. (*Archivio clinico dei medici Condotti*, Rome, an. V, n° 6.) — Anévrysme traumatique de l'artère occipitale; hémorrhagie grave consécutive à l'ouverture spontanée; compression périphérique; guérison, par Poinsot. (*Soc. de chir.*, p. 531.) — Anévrysme de l'artère innominée et trachéotomie. (*Charity Hospital, New York Medic. Journal*, nov.)—Anévrysme du tronc brachio-céphalique, par Féréol. (*Soc. méd. des Hôpitaux, Union Médicale*, 10 décembre.) — Rapport de Delens sur des observations d'aïnhum, d'anévrysmes poplités, d'enchondrome de la parotide, de ptérigyon double, par José-Pereira Guimaraes. (*Soc. de chir.*, IV, p. 608.) — Anévrysme poplité, 1 observation; insuccès par flexion et compression de guérison par ligature de la fémorale, par Anderson. (*The Lancet*, vol. II, p. 843.) — Anévrysme poplité traité par le bandage d'Esmarch, par J. Hutchinson. (*Brit. med. Journal*, 21 décembre.) — Anévrysme artério-veineux du pli de l'aine, par Berger. (*Soc. de chir.*, p. 605.) — Anévrysme de l'artère fémorale gauche, ligature de cette artère. Tumeur anévrysmale secondaire; ligature de l'iliaque externe, guérison, par Winkfield. (*Brit. med. Journal*, 16 novembre.) — Anévrysme de la tibiale postérieure, par Winkfield. (*Brit. med. Journal*, 16 novembre.) — Ligature de l'iliaque externe pour un anévrysme au pli de l'aine, par Pinkerton. (*The Lancet* vol. II, p. 547.) — Sur un cas de ligature de l'iliaque externe pour un anévrysme du pli de l'aine. Du catgut dans la ligature des artères au-dessus d'un anévrysme, par Spencer Watson. (*Med. Times and Gaz.*, vol, II, p. 679.) — Guérison spontanée d'anévrysmes, par Ralfe et Douglas Powell. (*Path. Soc., Med. Times and Gaz.*, 16 novembre.) — Traitement des anévrysmes, par W. H. Van Buren. (*Trans. of the internat. Cong. of Philad.*, 1876, p. 545.) — Contribution à l'étude de l'électro-puncture dans le traitement des anévrysmes, par Lecadre. (*Assoc. française; Congrès du Havre*, 1877, p. 800.)

Angine. — De l'angine scorbutique, par Pinder. (*Wiener Med. Wochensch.*, n° 39.) — De l'angine de poitrine, par Horner. (*Philad. med. and surg. Reporter*, juillet.) — De quelques modifications apportées au traitement des tumeurs érectiles soit par l'excision, soit par la cautérisation (pédiculisation préalable), par Laroyenne. (*Lyon Médical*, 15 décembre.) — Tumeur spongieuse enkystée de l'aine avec kyste de la grande lèvre; ablation; guérison, par Théophile Anger. (*Soc. de chir.*, IV, p. 481.)

Ankylose. — Ankylose du poignet, du coude, de la hanche, suite de rhumatisme articulaire aigu, par Bryant. (*Medical Times and Gazette*, vol. II, p. 682.) — Ankylose du genou consécutive à une morsure de panthère, par John Erichsen. (*Brit. med. Journal*, 4 janvier 1879.)

Anomalie. — Quelques anomalies anatomiques (musculaires et nerveuses), par P. Lupo. (*Giornale internazionale delle Scienze Mediche*, Naples, novembre.)

Anus. — Un cas d'imperforation de l'anus avec oblitération de l'orifice des deux uretères, et hydronéphrose des reins, par Arpad Gerster. (*New-York*

Med. Journal, 9 novembre.) — Lumbo-colotomie; le jejunum pris pour le côlon, par Briddon. (*New-York Med. Journal*, décembre.) — Cirrhose, ascite, hernie ombilicale étranglée, anus contre-nature; autopsie, par Jalaguier. (*Bullet. Soc. anat.*, p. 312.)

Aorte. — Anévrysme de la crosse de l'aorte; autopsie, par Nodet. (*Lyon Médical*, 22 décembre.) — Endartérite de la crosse de l'aorte et de l'origine de la sous-clavière simulant un anévrysme de l'aorte, par H. Stackler. (*Bullet. Soc. anat.*, juillet, p. 401.) — Tumeur anévrysmale énorme de l'aorte ascendante, présentée par Guttmann à la Société médicale de Berlin, 27 février 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 33, p. 497, 19 août.) — Petit anévrysme de l'origine de l'aorte siégeant dans la paroi interventriculaire sans aucune communication avec les cavités cardiaques, par Boussi. (*Bullet. Soc. anat.*, juin, p. 367.) — Anévrysme de l'aorte abdominale traité par l'électro-puncture, par Mondan. (*Lyon Médical*, 26 janvier 1879.) — Contribution à la symptomatologie des anévrysmes aortiques, par Scheele (de Dantzig). (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 30, p. 446, n° 31, p. 462 et n° 32, p. 477.)

Appareil. — Extension continue des membres inférieurs, appareil pour la contre-extension, par R. Fisher. (*The Lancet*, vol. I, p. 272.) — Revue de l'Exposition universelle (instruments pour les oreilles, pour le larynx, la trachée, rhinoscopie), par Kuhff. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, n° 4, p. 216.) — Sur un nouvel appareil à extension pour le traitement de certaines blessures, affections et difformités des membres inférieurs, par William Stokes. (*Brit. med. Journal*, 14 décembre.) — Bandages en sac de plâtre, nouvelle modification du bandage plâtré, par Zsigmondi. (*Soc. de chir.*, t. IV, p. 652.) — De la paracentèse, de l'aspiration et de la transfusion, par Simon Fitch. (*Trans. of the internal. Cong. of Philad.*, 1876, p. 862.) — Description d'une nouvelle table pour opérations et pour explorations, susceptible de se replier, par Retslag (de Berlin). (*Berlin. Klin. Wochens.*, n° 25, p. 368, 13 juin.) — Pelvi-cuvette, appareil destiné à faciliter le pansement des plaies de la région pelvienne, sans souiller le lit du malade, par A. Poncet. (*Lyon médical*, 12 janvier 1879, p. 50.) — Un thoratocome inventé par E. Leyden. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 31, p. 457, 5 août.)

Artère. — Nouvelles anomalies de la carotide externe et de la maxillaire interne, par J. Jœssel. (*Arch. f. Anat. et Phys. Dubois Reymond*, 6e fasc. p. 433.) — Rupture de l'artère et de la veine fémorales par écrasement de la cuisse droite; description des lésions artérielles après l'amputation de la cuisse, par Kirmisson. (*Bullet. Soc. anat.*, juin, p. 337.) — Des coups de feu de l'artère sous-clavière et de sa ligature, par Bergmann. (*St-Petersburg. Med. Woch.*) — Plaies artérielles de cause traumatique; hémorrhagie grave déterminée par l'ouverture de l'artère radiale droite, compression, guérison, par L. Sorbets. (*Gaz. des hôp.*, 10 décembre.) — Rupture par écrasement de l'artère et de la veine poplitées. Anévrysme primitif; gangrène du pied; amputation de la cuisse, par Verneuil. (*Gaz. des hôp.*, 10 octobre.) — Des dénudations artérielles, leçon de Verneuil. (*Gaz. des hôp.*, 14 novembre.) — De l'artérite chronique, par Baumgarten. (*Archiv für path. Anat. und Phys.*, t. LXXIII, p. 90.)

Articulation. — Du mécanisme des jointures, par Harrison Allen. (*Trans. of the internat. Cong. of Philad.*, 1876, p. 510.) — Du mécanisme de l'articulation de la hanche, par Fick et Niobus. (*Arch. f. Anat. et Phys. His Braune*, fasc. 6, p. 519.) — Ligaments cutanés des phalanges, par Cleland. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, XII, juillet.) — Maladies de la hanche, du genou traitées par une nouvelle méthode, par Thomas. (3e édit., *Londres.*) —

Du frottement sous-scapulaire et de son traitement par un appareil orthopédique, par TERRILLON. (*Bull. gén. de thérap.* t. XCVI, p. 8.) — Du traitement des plaies pénétrantes du genou, par armes à feu, par C. REYHER. (*Journ. hebd. de méd. de Saint-Pétersbourg*, n° 8.) — Plaie pénétrante de l'articulation de l'épaule; guérison avec conservation des mouvements, par H. HOUGHTON. (*The Lancet*, II, p. 659.) — Du traitement des plaies articulaires du genou par armes à feu, par E. BERGMANN. (In-8°, Stuttgart.) — Du traitement des arthrites subaiguës et chroniques par le cataplasme de Trousseau, par DIEULAFOY. (*Gaz. hebdomad.*, 29 novembre.) — De l'identité de l'arthrite scrofuleuse avec l'arthrite tuberculeuse, par HUETER. VII° congrès de la Société allemande de chirurgie, 12 avril 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 21, p. 309, 27 mai.) — Du peu de valeur de la compression dans le traitement des arthrites, par PARKER. (*The Lancet*, vol. II, p. 825.) — Tumeur blanche du poignet chez un sujet de 73 ans; amputation, guérison, par DEVEREUX. (*The Lancet*, vol. II, p. 807.) — Arthrite suppurée du genou, par SHRADY. (*New York med. Journal*, décembre)

Asphyxie. — Un cas d'asphyxie par submersion; guérison, par A. Porras SAZE. (*El Siglo médico*, Madrid, n° 1,298.)

Athétose. — Cas d'athétose généralisée, par KINNICUTT. (*Boston Med. and surg. Journ.*, p. 21, 4 juillet.) — De l'athétose, par GOLDSTEIN. (*Thèse inaugurale*, Berlin.)

Auscultation. — Contribution à la connaissance des phénomènes sonores perçus sur les artères périphériques avec réflexions sur l'auscultation pratiquée avec les stéthoscopes creux, ou au contraire pleins, par H. SENATOR. (Une observation où comme dans l'insuffisance aortique, sur toutes les artères des membres, on percevait un bruit de claquement systolique et le pouls capillaire au niveau des doigts. Il s'agissait d'une cachexie splérique.) (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 21, p. 298, 27 mai.)

Avortement. — Mort d'un enfant à terme dans le sein de sa mère. Travail d'expulsion infructueux. Ratatinement de l'œuf dans l'utérus, par KÆUFFER. Société gynécologique de Dresde, 4 décembre 1876. (*Berlin. Klin. Wochens.*, n° 22, p. 324, 3 juin.)

B

Bain. — De l'influence des bains de mer sur la température du corps, par AUBERT (*Lyon médical*, 5 janvier 1879.) — Du rôle et de l'usage des bains de mer avec considérations spéciales sur les bains de Norderney (mer du Nord) et les résultats thérapeutiques qui ont été obtenus dans les dix dernières années, par FROMM (Norden et Norderney). — Avantage spécial des bains de sable chaud, par FLEMMING, de BLAZEWITZ. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 27, p. 399, 8 juillet.) — Quelques remarques sur l'emploi des bains froids dans la fièvre typhoïde, par A. COLLIE. (*Practitioner*, novembre.)

Bassin. — Des divers procédés employés pour réduire le volume de la tête dans les rétrécissements du bassin, par BIRNBAUM (*Société générale des médecins de Cologne*, 25 novembre 1877. — *Berlin. klin. Wochens.*, n° 26, p. 387, juillet.) — Fracture double verticale du bassin avec perforation du rectum, par SAVARD. (*Bullet. Soc. anat.*, juin, p. 363.) — Extirpation d'un énor-

me fibro-enchondrome du bassin. Guérison, par E. Bottini. (*Giornale dell'Accademia di medicina di Torion.*)

Bec-de-lièvre. — Bec-de-lièvre double compliqué de saillie des os intermaxillaires; division médiane et complète de la voûte palatine et du voile du palais; opération; guérison; par Le Dentu. (*Société de chirurgie*, t. IV, 388.)

Biliaires (Voies). — De la fièvre intermittente symptomatique de la lithiase, par Bobowicz. (*Thèse de Paris.*)

Blennorrhagie. — Blennorrhagie uréthrale ayant pour origine l'inoculation du pus d'une glande de Bartholin abcédée, par Le Pileur. (*Annales de dermatologie*, t. IX, p. 374.)

Bouche. — Stomatite ulcéro-membraneuse ou nécro-hyménique, par Laboulbène. (Leçon recueillie par Routier.) (*France médicale*, 18 décembre.)

Bronche. — Bronchite mortelle par inspiration des vapeurs qui se dégagent dans la distillation de l'esprit de bois, par Goltdammer. (*Vierteljahrss. f. gericht. Med. u. œff. Sanit.*, nouv. série, XXIX, p. 162.)

C

Calculs. — Des causes et de la distribution géographique des calculs, par Claudius H. Mastin. (*Trans. of the internat. congr. of Philad.*, 1876, p. 609.) — Calculs de la vessie chez la femme, ayant pour point de départ l'introduction d'épingles à cheveux, par Pamard. (*Société de chirurgie*, t. IV, p. 640.) — Calcul vésical; taille médiane; hyperpyrexie et frisson; mort; par Christopher Heath. (*Brit. med. Journal*, 7 décembre.) — Calcul vésical chez un enfant de 5 ans, scrofuleux : hydronéphrose consécutive, stéatose du foie : symptômes d'urémie gastro-intestinale pendant la vie, ayant simulé une péritonite tuberculeuse par, Robert Samuels Archer. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 431, novembre.) — Calculs vésicaux. 1 obs. de lithotritie; 1 obs. de 2 tailles pratiquées successivement, à 3 mois d'intervalle, chez le même sujet. La première pierre, de date ancienne, est formée d'acide urique; la seconde, développée après la première taille, est phosphatique, par Berkeley Hill. (*The Lancet*, vol. II, p. 731.) — Calcul vésical, à noyau constitué par une épingle à cheveux, par Pallock. (*Brit. med. Journal*, 23 novembre.) — De l'importance d'un diagnostic précoce de la pierre dans la vessie, et des moyens d'y arriver, par W.-F. Teevan, (*Brit. med. Journal*, 28 décembre.) — Calcul salivaire, par Robert Gibbs. (*Brit. med. Journal*, 14 décembre.)

Cancer. — Des maladies carcinomateuses observées à Quito, par Gayraud et Domec. (*Montpellier médic.*, p. 23, janvier 1879.) — Sur la cause probable du cancer des ramoneurs; deux cas d'épithélium primitif des ganglions inguinaux, par Lawson. (*The Lancet*, vol. II, p. 576.) — Contribution à la statistique des cancers avec des considérations sur la curabilité durable de cette affection par un traitement chirurgical, par Alexander von Winiwarter. (Stuttgart.)

Cataracte. — Opérations de cataracte; Mémoire lu à l'Académie de médecine de Rome, par Busmelli. — Perfectionnement du procédé opératoire de la cataracte, par Galezowski. (*Recueil d'ophthalmologie*, p. 117.)

Céphalotripsie. — Le traquelotome de Ruel (Instrument pour pratiquer la section du cou du fœtus.) (*El Siglo médico*, n° 1277.)

Cerveau. — Recherches sur la structure du cerveau et de la rétine des arthropodes, par E. Berger. (In-8°, *Vienne.*) — Cerveau de cyclope, par Cleland. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, t. XII, juillet.) — Sur les fractions bilatérales, par Adamkiewicz. *Société médico-psychologique de Berlin*, 4 février 1878 et discussion consécutive : Bernhardt, Remak. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 31, p. 467, 5 août.) — Étude sur le mouvement systolique du cerveau chez l'enfant, par Epstein. (In 8° *Prague.*) — Deux cas d'épuisement cérébral à la suite de grossesse et de lactation, par C. Handfield Jones. (*Med. Times and Gaz.*, 28 septembre, p. 376.) — Classification philosophique des troubles du langage qui surviennent dans les affections cérébrales, par Hughlings Jackson. (*Brain*, octobre, p. 304.)—Des localisations cérébrales à propos d'un cas d'aphasie partielle, par Cavaroz. (In-8°, 40 p. Besançon.) — Leçons sur la monoplégie faciale, par John Guitéras. (*Philadelphia med. Times*, 26 octobre.) — Absence congénitale d'une main; état du cerveau ; inégalité d'aspect des deux zones fronto-pariétales ; diminution d'épaisseur de la frontale et de la pariétale ascendante dans leur tiers moyen, du côté opposé à la malformation de la main, par R. Gowers. (*Brain*, octobre, p. 388.) — Affaiblissement intellectuel consécutif à une plaie contuse de la tête, par Zuno. (*Rivista sperimentale di freniatria e di med. leg.*, p. 11 et 111.) — Paralysie du membre inférieur, puis du membre supérieur du côté droit ; ramollissement du lobe paracentral, par Rouhet. (*Société anat.*, p. 260.) — Ramollissement d'un lobe occipital sans troubles paralytiques ou anesthésiques, par de Marignac. (*Société anat.*, p. 251.) — Pathogénie de l'hémorrhagie cérébrale, par Eichler. (*Deutch. Arch. f. klin Med.*, *Bd.* XXII, p. 1.) — Deux observations de tumeurs cérébrales, par O.-W. Peterrson. (*Upsala Läkareforen förh*, Bd. X, p. 289 et *Nord. med. Arkiv*, n° 19.) — Hémorrhagies cérébrales multiples simulant une tumeur cérébrale, par Webber. (*Boston med. and surg. journ.*, 9 mai.) — Démence, perte de l'équilibre dans la station verticale et trouble de la motilité des membres supérieurs et inférieurs, tumeur du lobe sphénoïdo-temporal gauche du cerveau, par Edward, G. Levinge. (*Brit. med. Journ.*, 13 juillet 1878, p. 52.) — Des lésions histologiques dans l'encéphalite corticale traumatique, par Smigradski. (*Diss. inaug.*, St-Pétersbourg, 1877.)

Cervelet. — Tumeur du cervelet, par Takacs. (*Pesther med. chir. Presse*, n° 22.) — Sur la physiologie du cervelet, par A. Stefani (In-8°, Milan.) — Cas de tuberculose du cervelet, par Davidson. (*Med. Times and Gaz.*, 24 août, p. 218.)

Césarienne (Opération). — Opération césarienne chez une femme dont le diamètre sacro-pubien mesurait à peine 5 centimètres, par Lizé, du Mans. (*Société de chir.*, t. IV, p. 399.) — Hémorrhagie intra-péritonéale, par rupture de veinosités abdominales, chez une femme enceinte de huit mois et demi. Mort subite. Opération césarienne : extraction d'un enfant vivant, par Ch. Maygrier. (*Bullet. Soc. anat.*, juillet, p. 383.) — Opération césarienne avec extirpation de l'utérus, par P. Müller. (*Centralblatt für Gynäkologie*, n° 5.) — De la gastro-élytrotomie et de l'ablation de l'utérus, comparée à l'opération césarienne, par Dill. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, novembre, p. 422.)

Charbon. — Charbon, bactéries dans le sang, 1 fois dans tout l'organisme, 1 fois au voisinage seulement de la lésion première, par Jackman. (*The Lancet*, vol. II, p. 795.) — Études cliniques sur la pustule maligne et sur le

charbon, par G. Badaloni. (*Arch. clinico dei medici Condotti Italiani*, an. V, 1876.) — Cas de charbon, avec examen microscopique du sang, par Golding-Bird. (Observ. recueillies par Maylard.) (*Guy's Hosp. rep.*, 3e sér., vol. XXIII, p. 224-228.)

Chirurgie. — Opérations pratiquées à la clinique de la faculté de Coïmbre, pendant l'année scolaire 1877-1878, par A. Motta. (*Estudos medicos de Coïmbra*, 1re série, n° 11.) — Communications du service chirurgical de l'hôpital municipal berlinois de Friederichshein. Rédacteur en chef : Max Schede; collaborateurs : Bœters, Rinne, Stahl et Wildt. (Fascicule n° 1, Leipzig.)

Chloral. — Recherches expérimentales sur l'hématurie consécutive aux injections intra-veineuse de chloral, par L. Charbonnel-Salle. (In-8°, 33 p., Lyon.) — L'emploi du chloral en lavement, par Starcke. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 33, 19 août, p. 489.)

Choléra. — Revue critique sur les divers ouvrages, parus récemment sur le choléra, par Grimshaw. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, novembre, p. 387.) — Sur le choléra infantile, par Emilo-Appolo Meissner. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 157.)

Chlorose. — Importance de la lumière dans l'étiologie de la chlorose, par Giulio Cesare Gasca. (Turin, 1877.)

Chorée. — Cas de chorée laryngée, par Geissler. (*Allg. med. central Zeitung*, n° 95.) — Cas de chorée sénile, par Russell. (*Med. Times and Gaz.*, 30 novembre.) — Étude sur la chorée, par G. Breiger. (*Inaug. Dissert.* Göttingen, 1877.)

Circulation. — Des altérations inflammatoires de la circulation chez les animaux à sang chaud, par Thoma, 1 planche. (*Archiv für. path. An. und Phys.*, t. LXXIV, p. 360.) — Découverte de la circulation du sang, par Martin Kirchner. (Berlin.)

Climat. — Climat de Limasol (île de Chypre), par Raddock. (*Med. Times and Gaz.*, 21 septembre, p. 357.) — De l'influence du climat de Pozzuoli sur les affections strumeuses, par H.-R. Storer. (*Bost. med. and surg. Journ.*, 27 juin 1878.) — Catane, station climatérique d'hiver, par C. Veraguth. (Stuttgard.)

Cœur. — Sur les bruits de souffle présystoliques de la pointe du cœur, par James Andrew. (*S. Bartholomew's hosp. Reports*, t. XIII, p. 1.) — De quelques rapports importants en clinique des poumons avec le cœur, par Quincke. Séance ordinaire d'été de la Société médico-chirurgicale du canton de Berne, à Langenthal, 18 juillet 1877. (*Corr.-Bl. f. schweiz. Ærzte*, n° 15, 1er août, p. 462.) — Leçon clinique sur les phénomènes pathologiques d'origine cardiaque susceptibles d'être amendés, faite à l'hôpital de Guy, par W. Moxon. (*The Lancet*, 5, 12 et 19 janvier, p. 4, 42 et 80.) — Rapport sur un cas de cyanose congénitale, par Landouzy. (*Bullet. Soc. anat.*, juin, p. 358.) — Sur les variations de volume du cœur; de l'aspiration diastolique, par A. Stefani. (In-8°, Ferrare.) — Étude sur la percussion du cœur, par Schlaefke. (*Inaug. Dissert.*, Göttingen, 1877.) — Ectopie congénitale du cœur (à droite); études cliniques et graphiques, par F. Falk. (*Inaug. dissert.*, Greifswald, 1877.) — Des causes et de la marche des maladies du cœur, de leur prophylaxie et de leur traitement, par J. Milner Fothergill. (*Med. Times and Gaz.*, 7 septembre, p. 263.) — Des rapports des maladies chroniques du cœur avec la grossesse, l'accouchement, etc. par Macdonald. (In-8°, Londres.)

— Des relations trophiques du nerf vague et du muscle cardiaque, par EICHHORST. (In-8°, Berlin.) — Deux cas remarquables d'angionévrose, par MADER. (*Wiener med. Presse*, n°s 23, 24.) — Diagnostic de la myocardite, par RÜHLE. (*D. Archiv. f. kl. Med.*, p. 82.) — Tracés cardiographiques de l'état pathologique, par OTT. (*Prag. Vierteljahrs.*, IV Bd.) — Pronostic de l'insuffisance mitrale. Communication faite à la Société médicale de Londres, par Andrew CLARK. (*The Lancet*, 22 décembre 1877, p. 923.) — Des relations de l'hypertrophie du cœur avec les affections rénales, par SENATOR. (*Société médicale de Berlin*, 13 février 1878, et discussion consécutive : EWALD, B. FRÆNKEL, LITTEN, A. BAGINSKY, SENATOR. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 15, p. 369 et n° 26, p. 385, 24 juin et 1er juillet.) — Symphyse cardiaque, foie cardiaque, par QUÉNU. (*Bullet. Soc. anat.*, p. 313.) — Hypertrophie concentrique ventriculaire gauche sans lésions valvulaires, sans cause appréciable chez un jeune homme de 18 ans, mort en quelques jours, par DÉJERINE. (*Idem*, p. 261.) — Insuffisance aortique : phénomènes typhiques ayant fait croire à une fièvre typhoïde. Mort. Infarctus de la rate et des reins, par COSSY. (*Idem*, juin, p. 348.) — Sténose de l'orifice de l'artère pulmonaire, par PEACOCK (*Path. Soc.; Med. Times and Gaz.*, 26 octobre.) — Coup de feu dans la région du cœur; fracture de côte, dont les fragments produisent une plaie du cœur, sans plaie des téguments. Mort instantanée, autopsie, par A. LLUIS. (*El Siglo médico*, Madrid, n° 1302.)

Commotion. — Commotion cérébrale chez une femme enceinte de 5 mois; coma prolongé (8 jours); pas de fausse couche : guérison, par PALMER. (*The Lancet*, vol II, p. 918, 1878, et vol. I, p. 36, 1879.)

Conjonctive. — Sur un moyen de faire cesser rapidement la douleur à la suite des attouchements de la conjonctive avec le sulfate de cuivre, par C. PICK (*Centralbl. f. die medicin. Wissensch.*, n° 44.) — Ablation d'un épithélioma de la conjonctive, par NOYES. (*New York med. Journal*, décembre.) — De la valeur comparative des caustiques et des astringents dans les traitement des maladies de la conjonctive et de la meilleure manière d'appliquer ces remèdes, par H.-W. WILLIAMS. (*Trans. of the internat. Congr. of Philad.*, 1876, p. 893.)

Cornée. — Sur les relations qui existent entre les maladies de la cornée et les lésions réfractives de l'œil, par G.-T. STEVENS. (*Trans. of the Internat. Congr. of Philad.*, 1876, p. 942.)

Corps étrangers. — Suffocation et mort causées par la pénétration d'un ascaride lombricoïde dans les voies aériennes d'un enfant de 5 ans 1/2, par DONATI. (*Annali universali di medicina e di chirurgia*, novembre.) — Stylet annelé pour l'extraction des corps étrangers des bronches, par ROSER. (*Société médicale de Marbourg*, 11 juillet 1877. (*Berlin. Klin. Wochens.*, n° 24, 17 juin, p. 355.) — Corps étrangers des voies aériennes, par MORITZ. (*St-Petersburg. med. Wochenschrift*, n° 44.) — Corps étrangers des voies aériennes, par JOHNSON. (*The Lancet*, vol. II, p. 824.) — Corps étrangers du larynx. (*Med. Times and Gazette*, vol. I, p. 69.) — Paillette d'acier ayant séjourné neuf ans dans l'œil; accidents consécutifs; énucléation, par CARRÉ. (*Gaz. des hôp.*, 26 octobre.) — De l'extraction des corps étrangers de l'oreille, par J. Marion SIMS. (*Brit. med. Journal*, 14 décembre.) — Corps étranger (verre à champignon) dans l'iliaque, extrait par laparo-entérotomie. Guérison, par STUDSGAARD. (*Soc. de chir.*, t. IV, p. 555.) — Épingle à cheveux enfoncée de 9 centimètres dans le tissu cellulaire séparant le vagin de l'urèthre et retirée au bout de 2 ans, chez une fille de 14 ans, par P. NAECKE (de Dresde). (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 28, 15 juillet, p. 415.) — Des corps étrangers du vagin, par HAUFF. (*Inaug. Dissert.*, Tübingen.) — Corps étranger

volumineux (capsule de fer blanc de l'hystérophore de Roser) séjournant 4 mois dans l'utérus sans déterminer d'accidents, par Kæuffer. (*Société gynécologique de Dresde*, 20 janvier 1876. —*Berlin. klin. Wochens.*, n° 22, 3 juin, p. 323.)

Coxalgie. — Étiologie des symptômes mécaniques de la coxalgie chez les enfants (repousse la théorie des contractures réflexes pour adopter l'opinion de Bonnet), par Kolaczek. (*Deutsch. med. Wochensch.*, 3 août.) — Diagnostic et traitement de la coxalgie, leçon de Saint-Germain. (*Gaz. des Hôp.*, 19 octobre.) — Étude sur l'anatomie pathologique de la coxalgie chez les enfants, par E. Owen. (*Brit. med. Journal*, 14 décembre.) — Coxalgie scrofuleuse suppurée : luxation spontanée, par J.-B. Gauché. (*Bullet. Soc. anat.*, p. 318.) — De la pathologie et du traitement de la coxalgie, par L.-A. Sayre (*Trans. of the internat. Congr. of Philad.*, 1876, p. 575.)

Crâne. — Des déformations artificielles du crâne en général, de celles de deux crânes macrocéphales trouvés en Hongrie et d'un crâne provenant des temps barbares de même pays, par J. Lenhossèk. (In-4° Budapest.) — Fracture double de la base du crâne consécutive à une pression violente, d'un côté à l'autre de la tête ; autopsie; leçon de Gosselin. (*Gaz. des Hôp.*, 24 septembre.) — Myo-sarcome de la région pariétale gauche; extirpation; mort, par C. Mazzoni. (*Clinica chirurgica*, Rome, année 4e et 5e, et *Annali universali di medicina*, Milan, novembre.)—Étiologie et mécanisme de l'inégale fracture des deux tables osseuses dans certains traumatismes du crâne, par Kirker. (*The Lancet*, vol. II, p. 876.) — Fracture comminutive avec enfoncement du pariétal, déchirure de la substance cérébrale, guérison, par Robathan. (*The Lancet*, vol. II, p. 842.) — Terminaison d'un cas de fracture du crâne suivie d'une collection de liquide cérébro-rachidien au-dessous du cuir chevelu, par Clément Lucas. (*Guy's Hosp. Rep.*, 3e sér., vol. XXIII, p. 329-337, avec une planche.) — Perforation du crâne fœtal pour une rupture imminente du col, par Hofmeier. (*Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin*, 26 février 1878. — *Berlin. klin. Wochens.*, n° 24, 17 juin p. 354.)

Cristallin. — Luxation spontanée d'un cristallin cataracté dans la chambre antérieure; tentative d'extraction par la kératotomie supérieure pendant l'opération, réduction du cristallin ; réclinaison, par Maurel. (*Bullet. gén. de thér.*, t. XCV, p. 543.) — Luxation des deux cristallins, complète à droite, avec déchirure de l'iris et chute de la lentille dans le corps vitré ; incomplète à gauche, suivie de cataracte, par Badal. (*Union méd.*, 5 septembre.)

Cyanose. — Cas de cyanose, pas de bruits anormaux des orifices valvulaires du cœur, par Nixon. (*Medical Society of the college of physicians in Ireland; Brit. med. Journal*, 13 juillet 1878, p. 80.)

D

Daltonisme. — De la cécité des couleurs, par Daae. (In-8°, Berlin.) — Traitement du daltonisme congénital par l'exercice chez l'enfant et chez l'adulte, par Favre. (*Lyon médical*, 5 janvier 1879, p. 22.)

Dent. — De l'érosion des dents au point de vue de la séméiologie, par Magitot. (*Progrès méd.*, 3 août.)

Désinfectant. — Du permanganate de potasse et de ses propriétés désinfectantes, par G.-A. Mounier. (*Thèse de Paris*, n° 357.)

Diabète. — Tumeur du maxillaire supérieur chez un diabétique, par Verneuil. (*Soc. de chir.*, IV, p. 477.) — Clinique sur la polyurie (diabète insipide.) par S. Mackenzie. (*Med. Times and Gaz.*, p, 237, 31 août 1878.) — Des injections hypodermiques de morphine dans le diabète sucré, par G. Pécholier. (*Montpellier médic.*, p. 555, décembre.)

Digestion. — Recherches sur la digestion, l'assimilation et l'oxydation organique ou vitale, par Mialhe. (In-8°, Paris.) — Étude sur la physiologie de la digestion chez l'enfant, par L. Missonier. (In-8°, 15 pages, Marseille.) — Court aperçu sur la méthode des digestions artificielles dans l'étude des tissus, par Kühne. (*Untersuchungen aus dem physiologischen Institute von Heidelberg*, t. I, fasc. 2.) — Essai sur la physiologie comparée de la digestion, envisagée en particulier chez les poissons, par C. Krukenberg. (*Idem*, t. I, fasc. 4.)

Diphthérie. —Une épidémie de diphthérie et d'érysipèle dans un petit hôpital, par F.-C. Shattuck. (*Boston med. and surg. Journ.*, 18 juillet.) — Le croup diphthéritique et le croup pseudomembraneux sont-ils identiques ou non? par J. Lewis Smith. (*Trans. of the internat. med. congr. of Philad.*, p. 341.) L'auteur prétend que ce sont deux maladies distinctes. — Remarques sur l'origine de la fièvre, etc., avec une description d'une épidémie de diphthérie par A. Yule. (*Med. Times and Gaz.*, p. 271, 7 septembre.) — Historique d'une épidémie d'angine couenneuse dans un village près de Versailles, par Vedrine. (*Gazette médicale de Paris*, n°s 30 et 31.) — Etude sur une épidémie de diphthérie, par Pitavy. (*Thèse de Paris.*) — Étude sur la diphthérie et le croup, par Schweninger. (V. *Buhl's Mittheilungen a. d. pathol. Inst. zu München*, p. 92.) — Contribution à l'histologie patholog. de la diphthérie, par J. Zahn. (Leipzig, 4 pl.) — Angine diphthéritique, paralysies multiples succédant à la diphthérie, par Mesnet. (*Union médicale*, 17 décembre.) — Pouls dicrote dans la diphthérie, par Lowe. (*Allg. Wiener med. Zeitung*, n° 52.) — De la diphthérie, de son traitement prophylactique, par Brehme. (In-8°, Weimar.) — Traitement de la diphthérie par le cyanure de mercure, par Holst. (*Petersburg. med. Wochensch.*, t. III, p. 13.) — Traitement de la diphthérie par la térébenthine et les injections sous-muqueuses d'acide phénique, par Taube. (*Deutsch. Zeits. f. prakt. Med.*, n° 36.) — De l'apomorphine dans le croup et la laryngite, par Smidowitsch. (*Petersburg. med. Wochensch.*, t. III, p. 35.)

Dysentérie. — Dysenterie chronique, traitée par une solution d'alun, par Maeler. (*Allg. med. Central Zeit.*, n° 102.)

Dysménorrhée. — Pathologie et traitement de la dysménorrhée membraneuse, par Williams. (*Trans. of the Obstetrical Soc. of London*, p. 138.)

Dysphagie. — Leçons cliniques sur plusieurs cas de dysphagie, par Cantani. (*Il Morgagni*, mars.)

E

Eau. — Des organismes microscopiques, que l'on rencontre dans les eaux de Cochituale (Eau américaine), par R. White. (*Boston med. and surg.*

Journ., 4 juillet.) — Badenweiler et ses moyens de cure, par H.-J. THOMAS. (2e édition augmentée, Müllheim.) — Note sur les eaux sulfureuses et ferrugineuses, par L. BIDARD. (*Assoc. franç. pour l'avancement des Sc.*, le Havre, p. 402, 1877.) — Sur les eaux gazeuses du Puy-de-Dôme, par TRUCHOT et FINOT. (*Assoc. française pour l'avancement des Sc.*, le Havre. p. 407, 1877.) — De l'analyse des eaux minérales, par BERNATH. (*Pester med. chir. Presse*, t. XIV, p. 41.)

Éclampsie. — Traitement des convulsions puerpérales, par HURD. (*Med. Record.*, New York, septembre.) — De la pilocarpine contre l'éclampsie, par BIDDER. (*Centralb. f. Gynäkolog.*, t. II, p. 15.) — Éclampsie albuminurique au 6e mois de la grossesse, par RHEINSTADTER. (*Société générale des médecins de Cologne*, 22 octobre 1877. *Berlin. klin. Wochens.*, n° 26, p. 386, 1er juillet.) — Vice de conformation du bassin, spécial à certaines femmes rachitiques. Attaques éclamptiques chez une femme ayant eu sept grossesses antérieures; autopsie. Lésion de la petite lèvre, probablement due à des manœuvres avortives. Éclampsie chez une femme gravide atteinte de maladie de Bright. Leçon de DEPAUL. (*Gaz. des hôp.*, 17 décembre.) — Éclampsie puerpérale. Inhalation de chloroforme; dilatation du col utérin, crâniotomie; fœtus de six mois, guérison, par W. FEARNLEY. (*Med. Times and Gaz.*, vol. II., p. 705.)

Eczéma. — Le traitement local de l'eczéma, par HENRY et PIFFARD. (*The Medical Record*, New York, 26 octobre.)

Electricité. — Petit manuel d'électrothérapie, par F. SEMELEDER. (*Gaceta medica de Mexico.*) — Études d'électrothérapie et de son emploi dans certaines affections, par T. CLEMENS. (In-8°, Francfort.) — Études d'électrothérapie, par W. BLACKWOOD. (*Philad. med. and Surg. Reporter*, août.) — Préface au cours d'électro-thérapie, par VIZIOLI. (*Il Morgagni*, janvier.)

Eléphantiasis. — Clinique sur un cas d'éléphantiasis des Arabes, par TILBURY FOX. (*Med. Times and Gaz.*, 12 octobre, p. 42.)

Embolie. — Contribution à l'étude de l'embolie graisseuse, par FOURNOY. (In-8°, Strasbourg.) — Hémiplégie embolique accompagnée de névrite optique, chez une jeune fille de 19 ans, atteinte d'endocardite ulcéreuse, par STEPHEN MACKENZIE. (*Brain*, p. 400, octobre.) — Embolie de l'artère sylvienne droite, suivie 36 heures après d'une embolie de l'artère sylvienne gauche chez une femme convalescente d'un rhumatisme articulaire aigu, mort rapide, par DUGUET. (*Soc. méd. des hôpitaux. Union méd.* 19 octobre.)

Embryon. — Œuf humain de 3 semaines, par KAEUFFER. (*Société gynécologique de Dresde*, 15 février 1877. *Berlin. klin. Wochens.*, n° 32, p. 482, 12 août.) — Cas d'embryotomie, par suite de la distension de l'abdomen du fœtus par de l'ascite et la distension de la vessie, par GALABIN, avec rapport, par WILLIAMS et L. GALABIN. (*Trans. of the Obstetrical Soc. of London*, p. 120.) — Embryotome, par Pierre THOMAS. (*Soc. de chir.*, t. IV, p. 542.)

Emphysème. — Note sur l'emphysème supplémentaire dans les maladies aiguës de la poitrine, par REUBEN HARVEY. (*The Dublin Journ. of med. sc*, décembre, p. 509.)

Empoisonnement. — Relation d'un empoisonnement par la morue avariée, par SCHAUMONT. (*Recueil de méd. et de chir. mil.*, p. 504.) — Empoisonnement par l'hydrate de chloral, guérison, par W. SEDGWICK. (*Lancet*, août.

— Mort à la suite de l'ingestion de 24 grammes de chloral, par J.-J. CARROLL. (*Philadelphia med. Times*, 23 novembre.) — De l'empoisonnement arsénical par des doses médiocres et réitérées de poison. Relation médico-légale de l'affaire Danval, par Georges BERGERON, DELENS et L'HÔTE. (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 2e série, juillet et septembre, p. 72 et 314.) — Empoisonnement par la strychnine, guérison, par P.-H. BAILHACHE. (*Philad. med. and surg. Reporter*, mai.) — Un antidote de la strychnine, par B. HESSLING. (*Inaug. Dissert. Göttingen*, 1877.) — Méthode de Bivine, pour le traitement des empoisonnements par la strychnine, par E. HUSEMANN. (*Deutsch. med. Wochensch.*, IV, 36, 37.) — Contribution à l'étude de l'empoisonnement par la strychnine suivie de l'exposé de l'affaire Toulza, dit Rapala, et de la discussion médico-légale dont elle a été l'objet, par Séverin CAUSSÉ et Georges BERGERON. (*Ann. d'hyg. publ. et de médecine légale*, 2e série, septembre, p. 272.) — Empoisonnement par le mercure, par E. GWALTER. (*Inaug. Dissert. Zurich*, 1877.) — Empoisonnement par la gelsémine, par FRONMÜLLER. (*Memorabilien*, XXIII, 5.) — Empoisonnement par la morphine guéri par les injections sous-cutanées d'atropine, par N. SHIPMAN. (*Cincinnati Lancet and Clinic*, août.) — Pneumonie et congestion pulmonaire consécutives à un empoisonnement par l'opium, par E.-B. SHAPLEIGH. (*Philadelphia med. Times*, 26 octobre.) — Empoisonnement par l'acide phénique, par M. WEISS. (*Prager med. Wochensch.*, III, 37, 38.) — De l'empoisonnement par l'acide phénique. (*Med. Times and Gaz.*, 19 octobre, p. 460.) — Empoisonnement par l'acide phénique à la suite d'injections pour tumeurs hémorrhoïdaires, par WRIGHT. (*Cincinnati Lancet and Clinic*, août.) — Intoxication aiguë par suite d'absorption d'acide phénique par le péritoine, par RHEINSTÄDTER. (*Deuts. med. Wochens.*, n° 15.)

Enchondrome. — Enchondrome du condyle interne du fémur; ablation, guérison, par W. STOKES. (*Brit. med. Journal*, 21 décembre.)

Endocarde. — De l'endocardite puerpérale, par DURR. (*Inaug. Diss.*, 1877.) — Endocardite ulcéreuse; pyémie, par KEATING. (*Philadelphia med. and surg. Reporter*, septembre.)

Enfant. — Des phénomènes nutritifs chez une enfant pendant la première année de la vie, par CAMERER. (*Zeitschr. f. Biol.* XIV, Bd, III Hft.) Pesées de l'enfant, analyses du lait de la mère, des déjections, etc. — Quinzième rapport médical sur le mouvement de l'hôpital Jenner pour les enfants, à Berne (année 1877). Diphthérie, scarlatine, paralysie pseudo-hypertrophique, goîtres anesthésiques, etc., par DEMME. (Berne.) — Compendium des maladies des enfants, par STEINER. (In-8°, Leipzig.) — Du catarrhe aigu de l'intestin chez les enfants, par RAVENBURG. (*Med. Record*, New York, juillet.) — Cirhose annulaire du foie, sans atrophie, avec ascite considérable, chez un enfant de six ans, par PETEL. (*Bullet. Soc. anat.*, p. 390.)

Epilepsie. — Contribution à l'étiologie de l'épilepsie, par W.-B. NEFTEL. (*Trans. of the internat. med. congr. of Philad.*, p. 378.) — De l'épilepsie vaso-motrice, par Otto BINSWANGER. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 26, p. 379 et n° 27, p. 397, 1 et 8 juillet.) — Modifications apportées par l'attaque franche épileptique à la quantité de l'urine et à son contenu d'urée et de phosphore, par KÜHN. (*D. Arch. f. klin. Med.*, p. 210, t. XXII.) — De la mortalité des enfants des épileptiques; influence de cette mortalité sur les statistiques ayant pour but d'élucider la question d'hérédité, par H. MARTIN. (*Annales méd. psycholog.*, novembre.) — Du veratrum viride contre les convulsions épileptiques, par MORDOUGH. (*New York med. Record*, sep-

tembre.) — Vertige épileptique. Accès d'épilepsie incomplet. Intelligence normale en dehors des accès. Homicide. Non responsabilité, par Bonfigli. (*Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale*, fasc. IIe et IIIe.) — L'épilepsie délirante au point de vue clinique et médico-légal, par Lagardelle. (Paris et Draguignan.)

Eruption. — Contribution à l'étude des éruptions médicamenteuses, par J. Deschamps. (*Thèse de Paris*, n° 340.) — D'une éruption scarlatiniforme produite par le mercure et le chloral, chez une femme, par L.-H. Watson. (*Boston med. and surg. Journ.*, 18 juillet.)

Erysipèle. — De l'érysipèle goutteux, par Ravel. (*L'Art. médical*, septembre.) — Le traitement de l'érysipèle à la clinique chirurgicale de Greifswald, injections sous-cutanées d'acide phénique, par Hermann Hueter. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 24, p. 345 et n° 25, p. 363, 17 et 24 juin.)

Estomac. — Du traitement de l'ulcère simple de l'estomac, par H. Lebert. (*Trans. of the intern. congr. of Philad.*, p. 424.) — Un cas de sténose hypertrophique du pylore avec dilatation considérable de l'estomac, par Wauwerk. (*D. Arch. f. klin. Med.*, p. 573.) — Dilatation de l'estomac par paralysie de la tunique musculaire, par Cantani. (*Il Morgagni*, mars.) — Cancer latent de l'estomac : pleurésie purulente, pyohémie, par E. Brissaud. (*Soc. anat.*, p. 226.) — Cancer de l'estomac propagé à la plèvre; épanchement graisseux de la cavité pleurale. (*Berlin. klin. Wochensc.*, n° 24, p. 347.) — Du mécanisme et du diagnostic de l'insuffisance stomacale, par Ottomar Rosenbach. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 153.) — Cas d'atrophie générale de l'estomac, sans néoplasme de cet organe; observation et autopsie, pas d'examen microscopique, par A.-B. Brabazou (*Brit. med. Journ*, 27 juillet, p. 134.) — Pathologie, traitement des tumeurs chroniques de l'estomac, par Streber. (In-8°, *Fribourg*.)

Expectoration. — De la présence d'un ferment dans les crachats, par J. Stolnikow. (*Petersburg. med. Wochenschr.*, n° 19.)

F

Face. — Chirurgie de la face, par Mason. (In-8°, Londres.)

Fécondation. — Sur la fécondation, par Ludwig Löwe. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 34, p. 505, 26 août.)

Fermentation. — Sur la fermentation, par J.-W. Gunning. (*Assoc. française pour l'avancement des sciences*, le Havre, p. 401, 1877.) — Sur les enzymes et les ferments, par Kühne. (*Untersuchungen ans dem physiologischen Institute von Heidelberg*, t. I, fasc. 3.)

Fièvre intermittente. — De l'emploi du salicylate de soude dans les affections paludéennes, par Buch. (*Petersburg. med. Wochensch.*, III, 27.) — De la fièvre intermittente pendant la grossesse, par Justus Schramm, discussion. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 22, p. 324.) — Convulsions liées à l'impaludisme, par J.-F. Walsh. (*Philad. med. Times*, 23 nov.) — Faradisation de la rate dans la fièvre intermittente, par Tschulowski. (*Petersburg. med. Wochensch.*, III, 20.) — De la fièvre intermittente chez les enfants en bas âge, par A. Folliet. (*Thèse de Paris*, n° 240.) —

De la fièvre paludéenne de Chypre, par John Sullivan. (*Med. Times and Gaz.*, p. 539, 9 novembre.) — De la fièvre typho-paludéenne, par S. S. Woodward. (*Trans. of the internat. med. cong. of Philad.*, p. 305.) — Traitement de la malaria, par Mannon. (*The Clinic*, juin.) — Du traitement des fièvres intermittentes telluriques par la quinoïdine, par Burdel. (*Union médicale*, 30 novembre.)

Fistule. — Cloaque vésico-vagino-rectal, opération, guérison, par G. Gonsalvi. (*Giornale internazionale delle science mediche*, Naples, novembre.) — 3 observations de fistules vésico-vaginales opérées d'après la méthode de Marion Sims, par Sacré. (*Bull. de l'Acad. de Belgique*, nov.)

Fœtus. — De l'influence des impressions maternelles sur le fœtus; communication faite à la *Société royale médico-chirurgicale de Londres*, par William Sedgwick. (*The Lancet*, 12 janv., p. 50.)

Foie. — Des pulsations artérielles du foie, par Rosenbach. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 5 oct. et suiv.) — Rapports pathogénétiques entre le foie gras et le foie amyloïde, par Naumann. (*D. Archiv f. kl. Med.*, p. 216.) — De la fonction excrétoire du foie, par Austin Flint. (*Trans. of the internat. congr. of Philad.*, 1876, p. 489.) — Cirrhose hypertrophique chez un enfant de 2 ans, consécutive à une brûlure, ictère, hépatalgie, hématémèse et coma final, par Sam. West. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XIII, p. 221.) — Note sur le foie mobile, par Wickham Legg (*St. Barthol. Hosp. Rep.*, XIII, p. 141.) — Cancer mélanique primitif (?) du foie, par W. Legg. (*St. Barthol. Hosp. Rep.*, XIII, p. 160.) — Cancer primitif du foie, alcoolisme chronique, atrophie partielle du cerveau, hémiplégie droite infantile, hémiparésie persistante, par M. Letulle. (*Bull. Soc. anatomique*, p. 303.) — Carcinome primitif du foie, thrombose par végétations cancéreuses de la veine-porte, par Mossé. (*Idem*, p. 329.) — Hypertrophie énorme et tumeurs fibreuses du foie, par A. Clark. (*Philad. med. Times*, 23 nov.) — Diagnostic du cancer du foie, par Thomson. (*Philad. med. and surg. Reporter*, mai.) — Des maladies du foie, par Ponfick, Thierfelder, O. Schüppel, Leichtenstern. (*Hand. der spec. Pathologie von H. v. Ziems sen.*, t. VIII.)

Forceps. — Application avec dilatation incomplète du col, statistique, par Johnston. (*The Lancet.*, vol. II, p. 795.) — Nouveau forceps pour la craniotomie, par Roper. (*Trans. of the Obstetrical Soc. of London*, p. 136.) — Du forceps, dans certaines présentations du siège, par Agnew. (*Idem*, p. 217.) — Du forceps dans l'obstétrique moderne, par Edis. (*Idem*, p. 69.)

Fractures. — Fracture du conduit auditif à la suite d'un coup de pied de cheval, par Jacubasch. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 22, p. 320, 3 juin. — Fracture de côtes; discussion de la théorie de J.-L. Petit, par Edward Bennett. L'auteur ne l'accepte pas et se range aux opinions de Malgaigne. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 365, nov.) — Fracture de la clavicule, suivie de myélite, de paralysie et de mort; pas d'autopsie), par Walter R.-S. Jefferiss. (*Brit. med. Journ.*, 7 déc.) — Fracture de l'extrémité inférieure du radius, leçon de Duplay. (*Progrès médical*, 14 déc.) — Fracture de l'extrémité inférieure du péroné, siège, cause, complications statistiques des hôpitaux de Londres, 1875-76, par Clippindale. (*Med. Times and Gaz.*, vol. II, p. 541.) — Fracture sous-trochantérienne du fémur par cause indirecte (chute) chez un enfant de 10 ans. Retard de la consolidation par ramollissement du col. Scorbut local. Immobilisation prolongée. Guérison, par Poinsot. (*Soc. de chir.*, IV, p. 365.) — Traitement des fractures des extrémités par les bandes plâtrées, par Becly. (In-8°, Königsberg.) — Fracture

de la rotule, cal osseux, par W.-L. Wheeler. (*Brit. med. Journ.*, 14. déc.) — Des complications vésicales des fractures du bassin, par Barthélemy. (*France méd.*, 25 déc.) — Appareils contentifs de fractures aseptiques, par von Mosengeil, 7e *congrès de la Société allemande de chirurgie.* (*Berlin klin. Wochens.*, n° 23, p. 340.)

G

Galvanocaustie. — De la méthode galvanocaustique de Middeldorpf, par Hedinger. (In-8°, Stuttgart.)

Gangrène. — Cas de gangrène du pénis sans gangrène de la peau, par thrombose, phlébite des veines iliaques internes, par Gay. (*Path. Soc.; Med. Times and Gaz.*, 30 nov.) — Gangrène de la jambe gauche par embolie, par Pollack. (*Brit. med. Journ.*, 23 nov.).

Gastrotomie. — Sur la gastro-élytrotomie, par H. Garrigues. (*New York med. Journ.*, nov.) — Un cas de gastrotomie, rétrécissement cancéreux de l'œsophage, opération en deux temps, mort, par O. Risel. (*Deutsch. med. Wochenschr.*, nos 18 et 19.)

Génitaux (Organes). — De la situation habituelle des organes sexuels pelviens chez la femme, par Hoffmann, et discussion consécutive, Bischoff, Roth. *Société médicale de Bâle*, 11 octobre 1877; (*Corresp. Bl. f. schweiz. Aerzte*, n° 11, p. 327 et 328, 1er juin.)

Genou. — Sur l'anatomie du genou valgum, par E. Owen. (*Journ. of anat. and physiol.*, XIII, oct.) — Genou valgus, genou varus. Discussion des divers modes de redressement. Examen critique des procédés d'ostéotomie, par V. Maceven. (*The Lancet*, vol. II, p. 911.)

Géographie. — Etude de géographie médicale basée sur un voyage autour du monde, par A. Wernich. (Berlin.)

Glandes. — La glande de Harder chez les mammifères, par E.-C. Wendt. (*Dissert.* Strasbourg, 1877.)

Goître. — Le goître est causé par la présence d'infusoires dans les eaux potables, par E. Klebs. (*R. S. M.*, XI, 110; *Corr. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, n° 14, p. 440, 15 juillet.) — Mère goîtreuse donnant naissance successivement à deux enfants atteints de goître, par Veit. *Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin*, 9 avril 1877. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 28, p. 417, 15 juillet.) — Goître kystique volumineux guéri à la suite d'une ponction simple, par S. Duplay. (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, n° 5, p. 253.) — Extirpation d'un goître plongeant, guérison, par F. Borel-Laurer. (*Corr. Bl. f. schweiz. Aerzte*, n° 18, p. 563, 15 sept.) — 3 cas d'extirpation complète de goître parenchymateux, guérison, par E. Dottini. (*Giornale dell' accademia di medicina di Torino.*)

Grossesse. — Rétroversion utérine à trois mois et demi de grossesse, réduction, accouchement à terme, par Massart. (*Assoc. française, congrès du Havre*, p. 807, 1877.) — Epoque de la première conception considérée

d'après le mois de l'année et l'âge de la femme, par KAEUFFER. *Société gynécologique de Dresde*, 3 mai 1877. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 32, p. 482, 12 août.) — Cas de grossesse interstitielle, par LEOPOLD. (*Centralbl. f. Gynäkolog.*, II, 18.)

Gynécologie. — Atlas portatif de gynécologie et d'obstétrique (94 planches in-4°), de E. MARTIN. 2e édition augmentée, par A. MARTIN. (Berlin.) — Revue de la clinique de gynécologie de la faculté de médecine de Lyon, pendant le semestre d'été de 1878, par J. RENDU. (*Lyon médical*, 22 décembre.)

H

Helminthes. — Acide salicylique comme vermifuge par MARYNOWSKI. (*Allg. med. Central Zeit.*, n° 102.) — Contribution à l'étude de l'oxyure vermiculaire (Ox. trouvés dans la bouche), par POPPER. (*Dissert. Berlin.*)

Hématome. — Hématome rétro-pharyngé, par STOERK. (*Wiener med. Wochensch.*, n° 46.) — Deux faits d'hématome de la dure-mère avec des hématomes de l'oreille chez des aliénés paralytiques, par SIEMENS. *Soc. de médecine de Marbourg*, 6 juin 1877. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 23, p. 340, 10 juin.) — Tumeur scrotale constituée principalement par le sac épaissi d'une hématocèle ancienne. Excision; guérison, par W. STOKES. (*Brit. med. Journal*, 21 décembre.)

Hémophylie. — Etude sur l'hémophylie, par FÜTTERER. (*Greifswald. Inaug. Dissert.*, 1877.)

Hémorrhagie. — Traitement des hémorrhagies consécutives aux plaies de la gorge et du cou, par CRIPPS. (*Med. chir. Transactions*, vol. LXI.) — Hémoptysies coïncidant avec des attaques d'hystéro-épilepsie dans le cours d'une grossesse, par MOREN. (*Montpellier médical*, p. 454, nov.) — Hémoptysie foudroyante chez une enfant de deux ans et demi. Note sur le rôle de l'adénopathie bronchique, par CARRIÉ. (*Gaz. des hôp.*, nos 18 et 22.) — Des hémorrhagies utérines non puerpérales, leur symptomatologie et leur traitement, par Auguste REHINSTAEDTER. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 154.) — Des causes et du traitement des hémorrhagies utérines non puerpérales, par W.-H. BYFORD. (*Trans. of the internal. congr. of Philad.*, 1876, p. 762.) — Remarques sur un cas d'hématurie paroxystique, par Clément GODSON. (*St-Barthol. Hosp. Rep.*, XIII, p. 165.)

Hémiplégie. — Pharyngo-laryngée (à droite), par G. LONGHI. (*Gazz. Lombard.*, 7.) — Cas d'hémiplégie dû à une blessure ayant amené une perte de substance cérébrale dans la région motrice des circonvolutions. Sclérose descendante. Exagération du réflexe du tendon, par Jos. COATS. (*Journal of Anat. and Physiol.*, XIII, oct.)

Hernies. — Sur les moyens de reconnaître dans les hernies abdominales étranglées le sac et les viscères par G. SCOTTI. (*Il Morgagni*, août.) — Cas d'opération radicale d'une hernie (extirpation du sac selon la méthode de Czerny), par PAULY, VIIe congrès de la Société allemande de chirurgie, 14 avril 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 23, p. 340, 10 juin.) — Note sur

un cas d'arrêt de développement du diaphragme (hernie diaphragmatique de l'estomac, de l'intestin grêle, du pancréas et de la rate), par Th.-J. RAVEN. (*Brit. med. Journal*, 30 novembre.) — Réduction d'une hernie crurale plusieurs heures après deux lavements d'eau de seltz, par GUERMONPREZ. (*Gaz. des hôp.*, 16 novembre.) — Hernie ombilicale étranglée ; opération ; guérison, par BELLAMY. (*Brit. Med. Journal*, 16 novembre.) — Hernie crurale étranglée; complication rare survenant après l'opération, par SPANTON. (*The Lancet*, vol. II, p. 578.) — Hernie ventrale étranglée; gastrotomie; méthode de Lister ; guérison, par TERRIER. (*Soc. de chir.*, t. IV, p. 361.) — Hernie inguinale étranglée; opération ; kyste en avant du sac; sac vide; mort, autopsie, par SHEEN. (*The Lancet*, vol. II, p. 179.) — Hernie étranglée ; diagnostic avec les accumulations de matières fécales, les perforations, les spasmes, les néoplasmes, par HANCOCK. (*Med. Times and Gaz.*, vol. II, p. 514, 543 et 597.) — Hernie inguinale étranglée, gangrène, anus contre-nature, guérison, par HOWSE. (*Med. Times and Gaz.*, vol. II, p. 657.) — Hernie crurale étranglée, datant de 24 heures, gangrène de l'épiploon, par HULKE. (*The Lancet*, vol. II, p. 843.) — Etranglement herniaire à travers une éraillure du sac.. Réduction par le taxis, par A. FURRATI. (*Gazzetta med. Ital. Lombardia*, n° 25.) — Invagination intestinale, avec sortie de un mètre environ d'intestin grêle, chez une enfant de 8 ans, suivie de guérison, par DEBROU. (*Gaz. des hôp.*, 31 octobre.).

Herpès. — Note et observation au sujet de l'herpès, par LAGOUT. (*Union médicale*, 9 novembre.)

Histologie. — Précis de technique microscopique et histologique, par Mathias DUVAL, (Paris.)

Hôpitaux. — Nombre et répartition des hôpitaux et ambulances de l'armée russe d'Asie. (XVIIe lettre du théâtre de la guerre), par O. HEYFELDER. (*Berlin. klin. Vochens.*, n° 26, p. 387, 1er juillet.)

Hydatides. — Kyste hydatique du foie ouvert malgré une incision dans les bronches, guérison par L. KATZ (de Berlin). (*Berlin. klin, Wochens.*, n° 25 p. 367, 24 juin.) — Des kystes hydatiques de la rate. Leçon clinique de BUCQUOY. (*France médicale*, 23 novembre.) — Observation d'un cas de kystes hydatiques pulmonaires, par CESBRON. (*Montpellier méd.*, p. 453, nov.) — Kyste hydatique antérénal droit; incision exploratrice ; excision partielle; drainage; guérison, par Otto ALBERTS. (*Berl. klin. Wochens.* n° 22, p. 317.)

Hydarthrose. — Hydarthrose, compression avec bande élastique, interposition d'un coussin à eau muni d'un long tube qui sert de manomètre. La pression moyenne répond à 11 centimètres d'eau, par KEETLEY. (*The Lancet*, vol. II, p. 728.)

Hydrocèle. — Hydrocèle vaginale : rupture sous-cutanée de cause traumatique. Hydrocèle enkystée volumineuse (1 observation), par FROST. (*The Lancet*, vol. II, p. 843.) — Guérison d'une hydrocèle par les bains de mer, par BALDWIN. (*Philadelphia med. Times*, 26 octobre.)

Hygiène. — La maison saine et le logement sain, par VON FEDOR. (Braunschweig.) — Traité d'hygiène, par WIEL et GNEHM. (In-8°, Karlsbad.) — Principes d'hygiène scolaire, par K.-H. GROSS. (Nördlingen.) — XIIe rapport général annuel (1876), sur l'état de la santé publique dans la province du Schleswig-Holstein, par J. BOCKENDAHL. (Kiel, 1877.) — De l'hygiène scolaire, par P. PEREIRA. (*Gaz. med. da Bahia*, juin et août.) — L'hygiène

à bord des navires d'émigrants avec étude comparée sur la législation afférente de Brême, de Hambourg, d'Angleterre, de France, d'Italie et de l'Amérique du Nord, par R. Herwig. (*Vierteljahrs. f. gericht. Med. u. œff. Sanit.*, nouv. série, XXVIII, p. 85 et 261 et XXIX, p. 105, janvier, avril et juillet.) — Quatrième compte rendu annuel sur l'état de la santé publique et sur l'administration de l'hygiène publique à Brême, durant les années 1875 et 1876, par E. Lorent. (Brême, 1877. — *Ann. in Vierteljahrs. f. gericht. Med. u. œff. Sanit.*, nouv. série, XXIX, p. 199, juillet.) — La maison de secours pour les noyés et asphyxiés, fondée à Hambourg en 1768, par la Société pour l'avancement des arts et des métiers utiles, par G.-G. Reincke. (Hambourg, 1877.) — Contribution à la question de la falsification des substances alimentaires à Dresde, par E. Geissler. Dresde (*Tableaux des analyses faites en 1877, au laboratoire officiel.*) — Dictionnaire des essais des marchandises falsifiées, adultérées et imitées avec intention, par G.-E. Alexander Schnacke. (Gera, 1877). — Sur la création à Bâle d'un magasin de prêt pour les divers ustensiles et appareils nécessaires au traitement des malades, en imitation de celui qui existe à Zurich, par Ronus. (*Soc. méd. de Bâle*, 7 février et 7 mars 1878, et discussion : Fr. Mueller, Burckhard-Merian. *Corresp.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, n° 17, p. 528 et 529, septembre.) — Des latrines scolaires, par E.-R. Perrin (Suppression des sièges en pierre et des trous à la turque en usage dans les écoles parisiennes). Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, 29 mai 1878, et discussion consécutive : Riant, Paliard, Vallin, Hudelo, Dally, E. Trélat, Perrin. (*Ann. d'hygiène publique et de méd. lég.*, 2e série, p. 224, septembre.) — La prostitution en Egypte, par G. Nicole (*Ann. d'hygiène publique et de médecine lég.*, 2e série, p. 206, septembre.) — De la quarantaine au point de vue surtout du choléra et de la fièvre jaune, par J.-M. Woodwarth. (*Trans. of the internal. congr. of Philad.*, 1876, p. 1859.) — Pétition de la commission des médecins suisses sur les inconvénients sanitaires des allumettes en phosphore commun, 15 mai 1878. (*Corresp.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, n° 11, p. 331, 1 juin.) — Sur la question de la pollution des cours d'eau en Allemagne, par Lent. (*Corresp. Blatt. des Niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesund. heispflege*, n° 7 à 9, juillet à septembre 1877.) — Prescriptions du ministère prussien des affaires médicales en date du 3 juin 1878, concernant la vente des médicaments actifs, avec tableau annexé des substances qui ne peuvent être vendues sans ordonnance du médecin (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 23, p. 341 et 342, 10 juin.) — La prostitution au Japon, par G. Manet. (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 2e série, L, p. 59, juillet.)

Hystérie. — De la masturbation et de l'hystérie chez les enfants, par A. Jacobi (de New York). (*American Journal of Obstetrics*, février et juin 1876. et *Cor.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, n° 14, p. 432; 15 juillet 1878.) — Paralysie hystérique des muscles dilatateurs de la glotte, guérison par les injections sous-cutanées de strychnine, par Franz Mescheds. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 24 p. 349, 17 juin.) — Observation d'hystérie grave compliquée de vaginisme guérie par l'or intus et extra, par Decrand (de Moulins). *Gaz. méd.* de Paris, p. 516.) — Accidents hystériformes suites de métrorrhagies et de frayeur dans le cours d'une grossesse, par Penès. (*Montpell. méd.*, p. 454, nov.)

Hystérotomie. — Nouvelle méthode d'extirpation totale de l'utérus, par Freund (de Breslau). Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, 9 avril 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 28, p. 117, 16 juillet.)

I

Ictère. — Sur les phénomènes essentiels de l'ictère, par Wickham Legg. (*Saint-Barthol. hosp. Reports*, XIII, p. 90, 1877.)

Idiotie. — Deux cas d'idiotie avec microcéphalie dans une famille, convulsions de la mère pendant la grossesse, par Herbert Sankey. (*Brain*, p. 391, oct.) — Idiotie : rigidité musculaire spasmodique, par J. Abercrombie. (*Saint-Barthol. hosp. Reports*, XIII, p. 275, 1877.)

Infection. — De l'isolement des malades, contre la propagation des maladies infectieuses, par A. Ashby. (*The Practitioner*, oct.) — Sur la pathologie cellulaire et les maladies infectieuses, par Klebs. (In-8°, Prague.)

Inflammation. — Du rôle des globules blancs dans la genèse des néoplasies inflammatoires, d'après les travaux récents de Cohnheim et de Ziegler; Revue critique par H. Hallopeau. (*Revue mensuelle de méd. et de chir.*, décembre.)

Injection. — Etude expérimentale sur les injections de chlorure de zinc, par H. Rausche. (*Inaug. Dissert.*, Greifswald, 1877.) — Des injections sous-cutanées de fer dialysé, par J. Lamadrid. (*New York med. Record*, juillet.)— Traitement des apoplexies sanguines par les injections sous-cutanées d'ergotine, par Foster. (*Lancet*, septembre.) — Injection vaginale suivie immédiatement d'un lavement chez une nouvelle accouchée. Collapsus subit avec phénomènes d'embolie qui persistent 21 heures. (Embolie d'air probable dans les veines utérines.) Guérison, par Dohrn. *Soc. de méd. de Marbourg*, 9 mai 1877. (*Berlin. klin. Wochens.*, XXIII, p. 339, 10 juin.) — Des dangers des injections vaginales, par G. Johnson. (*Maryland med. Journ. et Americ. suppl. to the Obst. Journ.*, déc. 1877.)

Insolation. — Coup de chaleur ; traitement par des ablutions froides, guérison, par S.-L. Abbot. (*Bost. med. and surg. Journ.*, 11 juillet.)

Intestin. — Du traitement local des affections du gros intestin par les lavages méthodiques d'eau tiède effectués par le rectum, par P. Dubois. (de Berne). (*Cor.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, n° 12, p. 353, 15 juin.) — Étranglement interne par un épithelioma cylindrique du gros intestin ; noyaux secondaires dans le foie, par Déjerine. (*Bul. Soc. anat.*, p. 288.) — Trois observations de fièvre avec diarrhée : ulcérations du gros intestin et abcès du foie, par Samuel West. (*Saint-Barthol. hosp. Rep.*, XIII, p. 285.) — Invagination intestinale produite par un polype muqueux de l'intestin : procidence de la tumeur et de l'intestin par l'anus, par MM. Chevallier et Chambard. (*Soc. anat.*, p. 249.) — Sur l'incontinence du pylore, par Wilhelm-Ebstein. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 155.)

Iodure. — Excrétion de l'iodure de potassium, par Adamkiewicz. (*Allg. med. Central. Zeitung*, n° 99.)

Iris. — Kyste de l'iris consécutif à l'extraction d'un corps étranger de l'humeur vitrée, par Knapp. (*New York med. Journal*, novembre.)

J

Jaborandi. — Préparation de la pilocarpine, par PETIT. (*Associat. française pour l'avancement des sc.*, le Havre, 1877, p. 392.) — Du jaborandi ; son emploi thérapeutique en particulier dans la maladie de Bright, par Paul BLOCH. (*Thèse de Paris.*) — Influence du jaborandi comme diurétique. (Mount Sinai Hospital.) (*New York Med. Journal*, novembre.) — Emploi de la pilocarpine dans l'éclampsie, par STROGNOWSKI. (*Central. f. Gynäk.*, n° 20.)

K

Kystes. — Des kystes du cordon spermatique, par TRÉLAT. (*Progrès. méd.*, 23 novembre.) — Kyste migrateur sous-péritonéal, par RAMONET. (*Recueil de méd. et de chir. militaires*, p. 445.) — De l'emploi du drainage par le crin, dans les kystes du creux poplité, par MOLLIÈRE. (*Gaz. des hôp.*, 12 nov.) — Kyste périarticulaire du genou; leçon de GOSSELIN. (*Gaz. des hôp.*, 5 sept.) — Kyste folliculaire profond du vagin, leçon de GOSSELIN. (*Gaz. des hôp.*, 26 novembre.) — Kyste multiloculaire de la prostate, par H. BUTRUILLE. (*Soc. anat.*, p. 265.) — Tumeur de la région trochantérienne, grande difficulté de diagnostic (Kyste dermoïde), par JOSIAS. (*France méd.*, 18 oct.) — De l'opération radicale du ganglion (Kyste synovial folliculaire) de la main à l'aide de l'anesthésie locale, de la constriction d'Esmarch et du pansement de Lister, par J. PAULY (de Posen). (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 34, p. 514, 26 août.)

L

Lait. — Procédé de conservation du lait, spécialement pour la nourriture des *très jeunes enfants*, par l'action continue d'une température de 65° à 70°, en vase clos, par E. KLEBS. (*Prager med. Wochensch.*, n° 22.) — Sur les établissements de lait d'ânesse en Hollande, par FŒRSTER. *Société gynécologique de Dresde*, 3 octobre 1877. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 32, p. 483, 12 août.)

Langue. — Histologie de la glossite chronique superficielle. Communication faite à la *Société royale médico-chirurgicale de Londres*, par HENRY T. BUTLIN. (*The Lancet*, 12 janvier, p. 50.) — Glossite intense produite par une morsure de vipère (observation), par Ch. LEROUX. (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, n° 5, p. 258.) — Epithéliome de la langue chez un syphilitique (observation), par BRYANT. (*Med. Times and Gazette*, vol. II, p. 682.) — Epitheliome de la langue, ablation au bistouri, par MORRIS. *Med. Times and Gazette*, vol. II, p. 545.)

Larynx. — Etiologie du spasme de la glotte chez l'enfant, par OPPENHEIMER. (*D. Arch. f. kl. Med.*, p. 559.) — Enseignement de la laryngologie par

OERTEL. (*D. Arch. f. kl. Med.*, p. 520.) — Spasme du larynx déterminé par l'irritation du nerf laryngé supérieur, par MANNEL. (*Allgem. Wiener med. Zeitung*, n° 39.) — Plaie du cou intéressant la membrane crico-thyroïdienne, (observation), par M. WALTER. (*Annales des mal. de l'oreille et du larynx*, p. 215.) — De l'influence des habitudes de la vie sur la production de la laryngite, par T. WHIPHAM. (*Med. Tim. and Gaz.*, p. 119, 3 août.) — Sur le traitement mécanique des refroidissements du larynx, par WILHELM HACK. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 152.) — Description d'un nouveau dilatateur du larynx, par Emeric NAVRATIL, de Budapest. (*Annal. des mal. de l'oreille et du larynx*, n° 3, p. 313.) — Rétrécissement laryngien après la fièvre typhoïde, considération sur le laryngo-typhus, par Paul KOCH (de Luxembourg) (observation). (*Annales des mal. de l'oreille et du larynx*, n° 5, p. 264.) — Rétrécissement du larynx consécutif à une nécrose syphilitique du cricoïde (observation), par de LAMALLERÉE. (*Annales des mal. de l'oreille et du larynx*, n° 5, p. 261.) — Traitement des rétrécissements du larynx, bougies d'étain, tubes de caoutchouc, par L. v. SCHROETTER. (*Wiener med. Blätter*, n°s 3 et 5.) — Thyrotomie dans un cas d'oblitération complète du larynx par une fausse membrane, par F. SEMON. (*Brit. med. Journ.*, 7 décembre.) — Carcinome du larynx, perforation de la carotide primitive, par E. DESNOS. (*Bullet. Soc. anat.*, juillet, p. 395.) — Epithelioma du larynx, généralisation au foie, par E. DESNOS. (*Idem*, juillet, p. 395.) — Etude clinique d'un cas de lupus du larynx, par Georges LEFFERTS. (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, n° 4, p. 224.) — Deux cas de paralysie bilatérale des muscles dilatateurs de la glotte crico-arythénoïdiens postérieurs, par LEFFERTS. (*New York, med. Journ.*, décembre.) — Relation de plusieurs cas de tumeurs du larynx, par Carl SEILER. (*Philad. med. Times*, 21 décembre.)

Lèpre. — Des lymphatiques dans la lèpre, par HOGGAN. (*Path. Soc.; Med. Times and Gaz.*, 16 novembre. (Les lymphatiques ne jouent aucun rôle dans cette affection.) — Contagiosité de la lèpre, démontrée par l'histoire de sa distribution géographique, par GAYRAUD et DOMEC. (*Montpellier médic.*, p. 491, décembre.)

Leucémie. — Etiologie de la leucémie, par NEUMANN. (*D. Arch. f. kl. Med.*, p. 223.)

Ligature. — Communication sur la ligature de l'artère fémorale dans le canal de Hunter, par FARABEUF. (*Soc. de chir.*, t. IV, p. 405.)

Lipome. — Lipome volumineux à pédicule étroit, ablation, guérison, par BELLAMY. (*Brit. med. Jour.*, 16 novembre.)

Longévité. — Exemples de longévité rare, par B. ORNSTEIN. (*Arch. für path. Anat. und Phys.*, t. LXXV, p. 177.)

Lupus. — Fait de lupus exulcérant des nymphes, par WINCKEL. (Société gynécologique de Dresde, 27 mai 1876. — *Winckel's Ber. und. Stud.*, II, Leipzig, 1876.)

Luxation. — Chute sur la paume de la main; luxation du coude en arrière incomplète; fracture de la trochlée, par CHAUVEL. (*Soc. de chir.*, IV, p. 534.) — Dissection d'un cas de luxation en avant de la tête du radius droit avec allongement du membre, par JOHNSON SYMINGTON. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, XII, avril.)

Lymphatiques. — Des lymphatiques, par G. HOGGAN et F.-E. HOGGAN. (*Soc. of the Roy. soc. of London*, vol. XXVI, n°s 178 et 182.) Résumé dans

Boston. (*Med. and surg. Journ.*, 14 mars.) — Observation d'un cas de bubon d'emblée, par GUILLERY. (*Bull. de l'Acad. de Belgique*, décembre.) — Encéphaloïde des ganglions mésentériques et bronchiques et du poumon. Ponction de la tumeur abdominale prise pour un abcès du foie : mort ; par VERMEIL. (*Bull. Soc. anat.*, juillet, p. 385.) — Observation de lymphosarcome bilatéral du cou et du creux sus-claviculaire, par VACHER. (*Lyon méd.*, 19 janvier 1879.) — Lymphadénome périoculaire, examen histologique, par REDARD et CHAMBARD. (*Bullet. Soc. anat.*, juillet, p. 391.)

M

Maladies professionnelles. — Affection singulière du pied chez des terrassiers de chemin de fer, par DAWOSKY. (*Deutsche militairärtz. Zehft*, p. 471.) — De l'extrême fréquence des maladies, parmi les boulangers et les employés des établissements de consommation, par HAEGLER. *Société médicale de Bâle*, 24 janvier 1878 et discussion consécutive : SOCIN, BURCKHARDT-MERIAN, LOTZ. (*Corr.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, n° 14, p. 430, 15 juillet.) — Deux faits de troubles mentaux, observés chez des ouvriers en aniline (sans détails), par WILLE. *Société de médecine de Bâle*, 18 novembre 1877. (*Corr.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, n° 12, p. 368, 15 juin.)

Mal de Pott. — Mal de Pott, appareil avec bandes plâtrées, par WALKER. (*The Lancet*, vol. II, p. 945.) — Mal de Pott : paraplégie sans déformation de la colonne vertébrale : pachyméningite externe : tubercules de la dure-mère : méningite ascendante aiguë, par QUÉNU. (*Bullet. Soc. anat.*, p. 292.) — Sacro-coxalgie et mal de Pott lombaire (arthrite vertébrale), par VERMEIL et E. GAUCHER. (*Idem*, p. 263.) — Mal de Pott : scrofule de vieillard, autopsie, par QUÉNU. (*Idem*, juin, p. 332.)

Malformations. — Cas rare de malformation de la jambe description anatomique par SYMINGTON et W. CRAIG. (*Journ. of Anat. and Physiol*, XII, avril.) — Absence de paroi abdominale, viscères recouverts par un repli transparent du péritoine, par A. ROBERTSON, *Glasgow pathological and clinical Society*. (*Brit. med. Journ.*, 27 juillet p. 158.) — Cloisonnement de la cavité pelvienne ; utérus et vagin doubles ; infundibulum cutané de la région sacro-coccygienne, par Ch. FÉRÉ. (*Bullet. Soc. anat.*, p. 309.)

Mamelle. — Tumeur adénoïde sous-mammaire, par A. PATTERSON. (*The Glasgow medical Journal*, décembre.)

Maxillaire. — Etude sur la disposition des dents et les kystes des mâchoires, par FÄLKSON. (In 8°, Kœnigsberg.) — Etude morphologique sur le sinus maxillaire, par RESCHREITER. (in-8°, Stuttgart.) — Fracture spontanée de la mâchoire inférieure, par A. CATEL. (*Union méd.*, 12 octobre.) — Sarcome du maxillaire supérieur et de l'orbite ; ablation ; récidive rapide ; mort, par Charles HIGGENS. (*Brit. med. Journal*, 16 novembre.) — Sinus maxillaire : fibrome mou chez une femme de 20 ans, résection du maxillaire. Pas de récidive 3 mois après, par HEATH. (*Med. Times and Gaz.*, vol. II, p. 570.) — Nécrose d'une moitié du maxillaire inférieur à la suite d'une rougeole, régénération, par H. SMITH. (*The Lancet*, vol. II, p. 806.)

Médecine. — Organisation de l'enseignement médical en Italie, et particulièrement des écoles de pathologie générale, par R. Zampa. (*Rivista clinica de Bologna*, décembre.) — Contributions à la médecine pratique par Hertel. (Cassel.) — L'examen du physicat en Prusse, par Fr. Berth. Loeffler, 4 édition. (Berlin.) — Traité de médecine théorique et pratique, par Bristowe. (In.-8°. Londres.) — William Harvey, l'auteur de la découverte de la circulation ; ses études d'anatomie expérimentale sur les mouvements du cœur et du sang chez les animaux, publication du 300e anniversaire de sa naissance, par Joh. Hermann Baas. (Stuttgart.) — La médecine à l'exposition universelle de Paris. (*Corr.-Bl. f. schweiz Ærzte*), n° 17, p. 538, 1er septembre.

Médecine légale. — De la réorganisation de la médecine légale en France, par G. Bergeron. (*Gaz. des Tribunaux*, 11 et 12 décembre.) — Manuel pour les médecins d'assurances, par E. Buchheim (de Vienne). (Leipzig.) — Direction pour les recherches chimiques du ressort de la police médicale, de l'hygiène et de la pratique médico-légale, par Leo Libermann (d'Innsbruck). (Stuttgart.) — Consultation médico-légale concernant la fréquentation de l'école par un enfant imbécile, par Weiss (de Stettin). (*Viertejahrst. f. gericht. Med. u. œff. Sanit.*, nouv. série, XXIX, p. 60, juillet.) — Tentative de suicide ou d'homicide. Considérations médico-légales à propos d'une cause criminelle, appelée à la cour d'assises de Livourne, par Bini. (*Rivista sperimentale di Freniatria e di Med. legale*, fasc. IV.) — Homicide subit commis par Luigi P... Expertise médico-légale, par Palmerini. (*Idem*, fasc. IV.) — Voleur de troupeaux : simulation de folie épileptique (Expertise médico-légale), par Tamassia. (*Idem*, fasc. IV.) — Sur la manière de se comporter du sang en présence de la potasse caustique avec application à l'examen médico-légal des taches de sang, par A. Rollett. (*Mittheilungen der Aerzte in Steiermark*, 1875-1876. Analyse *in Viertelj. f. gericht. Med. u. œff. Sanit.*, nouv. série, XXIX, p. 190, juillet.) — Le coup de feu à charge d'eau au point de vue médico-légal. Effets des armes à feu chargées avec des liquides), par Eduard Hofmann. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 6 et 7 ; analyse *in Viertelj. f. gericht. Med. u. œff. Sanit.*, nouv. série, XXIX, p. 192, juillet.) — Suppression du cadavre d'un nouveau-né. Rapport médico-légal par Strauss (de Barmen). (*Vierteljahrst. f. gericht. Med. u. œff. Sanit.*, nouv. série, XXIX, p. 54, juillet.) — Autopsie d'un pendu 28 semaines après la mort, par H. Friedberg. (*Archiv für path. Anat. und Phys.*, t. LXXIV, p. 401. — Des plaies abdominales, par armes à feu, au point de vue médico-légal par Sommerbrodt. (*Prag. Vierteljhrschr.* Bd. IV.) — Consultation de la délégation scientifique prussienne pour les questions médicales, affirmant la nécessité d'un examen microscopique des viandes de porcs américains (24 avril 1878.) *Berlin. klin. Wochens.*, n° 28, p. 422, 15 juillet.) — Rapport médico-légal sur un viol, suivi d'assassinat, par V. Elvers (*Vierteljahrss. f. gericht. Med. u. œff. Sanit.* nouv. série XXIX, p. 20.) — Suicide par 5 coups de révolver : 4 dans la poitrine, 1 dans le crâne. Mort le 10e jour. Résultats de l'autopsie par Cœlestin Nauwerck. (*Correspondenz Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 11, p. 321, 1er juin.) — L'assassin des enfants Carlino Grandi, par Livi, Bini, Morselli. (*Rivista sperimentale di freniatria e di med leg.*, fasc. II et III). — Enfant né mort ou bien au contraire étouffé par enveloppement dans un drap ? rapport médico-légal de Hermann Friedberg, de Breslau. (*Vierteljahrss. f. gericht. Med. u. œff. Sanit.*, nouv. série, XXIX, p. 1, juillet.)

Médecine militaire. — Nouvelle organisation du service de santé en Autriche-Hongrie (*Der militairartz.*, n° 21, 5 septembre.) — La méthode

antiseptique en campagne, par REYHER. (Leipsig.) — L'habillement et l'équipement de l'armée allemande et spécialement de son personnel de santé, par H. FROELICH. (*Vierteljahrss. f. gericht. Med. u. œff. Sanit.*, nouv. série, XXIX, p. 122.) — De l'emploi de la gaze phéniquée de P. Bruns en chirurgie d'armée, par FLACH. (*Deutsche militairärtz. Zchft.*, p. 400.) — Le nouvel hôpital de garnison de Munich, par FRŒHLICH. (*Deutsch. Viertelj. für œff. Gesund*, F. 2.) — Les appareils plâtrés en chirurgie d'armée (très élogieux), par NETSLITZKY. (*Der Feldartz.*, n° 11-15.) — Contributions à la médecine d'armée (trains sanitaires, évacuation et dispersion des malades, méthode antiseptique en campagne, par KIRCHEN BERGER. (*Prag. med. Woch.*, 1877, n° 30, 33, 35.) — De la situation des médecins militaires dans les diverses armées, par ULMER. (*Des militairärtzl*, n°s 18-22.) — Des causes de la fréquence de la phthisie dans les armées, et moyens de les combattre, par MEISNER. (*Corr. Blatt. der niederrhein. Ver. für. öff. Ges.*, n° 4-6.) — Des simulations des maladies de la vision par HERTER. (*Deutsche militairärtz. Zchft.*, n°s 9-10.) — Etudes physiologiques dans la garnison de Thorn, par MARQUARDT. (*Deutsche militairärtz. Zchft.*, p. 404.) — Le service des médecins militaires prussiens en temps de paix, par RIEDEL. (Berlin.)

Médecine opératoire. — Manuel de chirurgie opératoire par SIMPSON. (In 8°, Londres.) — De la méthode d'opérer la tête tombante, par BOBRIK. (*Deutsche militairärtz. Zchft.*, p. 489.)

Mélanose. — Sarcome mélanique du nez, par BAKER. (*Brit. med. Journal*, 21 décembre.)

Méninge. — Phthisie chronique, tuberculose latente du cerveau, méningite du sommet, par HUMPHREYS. (*Med. Times and Gaz.*, p. 194, 17 août.) — Cas de méningite cérébro-spinale, par CAYLEY. (*Med. Times and Gaz.*, p. 167, 10 août.) — Etiologie de la méningite, par V. CAVAGNIS. (*Gaz.-Lombard.*, 7.) — Observation de méningite aiguë traitée par l'iodure de potassium à haute dose ; guérison rapide, par RODET. (*Lyon médical*, 29 décembre.) — Exemple de méningite tuberculeuse à marche foudroyante, (mort après quelques heures de maladie) chez une enfant de 10 ans, par Fritz ROHRER (de Riessbach). (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, n° 16, p. 501, 15 août.) — Méningite cérébro-spinale et méningite tuberculeuse, survenant en même temps dans la même famille, et simulant une épidémie de méningite cérébro-spinale, par BYROM BRAMWELL. (*The Lancet*, 5 janvier, p. 9.) — Un cas de méningite cérébro-spinale épidémique terminée par la mort en 28 heures, par J. RITTER (d'Uster). (*Corr. Bl. f. schweiz. Aerzte*, n° 17, p. 535, 1er septembre.)

Métallothérapie. — De la métallothérapie, par A. EULENBURG. (*Deuts. med. Wochens.*, n°s 25 et 26.) — Métalloscopie et métallothérapie, par HUGHES BENNETT (*Brain*, p. 330, octobre.) — La métalloscopie et la métallothérapie, second rapport fait à la Société de biologie au nom d'une commission composée de MM. CHARCOT, LUYS et DUMONTPALLIER, rapporteur. (*Gaz. méd. de Paris*, n°s 35, 36, 37.) — Comparaison des effets de divers traitements dans l'hystérie précédée d'une esquisse historique sur la métallothérapie, par O. JENNINGS. (*Th. de Paris.*)

Moelle. — Cas de sclérose primitive, et secondaire de la moelle, par ALTHAUS. (*Med. Times and Gaz.*, p. 126, 3 août.) — Un cas de myélite aiguë. (Lésions des racines antérieures, des ganglions et des nerfs périphé-

riques), par EISENLOHR. (*Archiv für path. Anat. und Phys.*, t. LXXIII, p. 82.) — Sur les mouvements rhythmiques involontaires de la sclérose en plaques, par WESTPHAL. Société médico-psychologique de Berlin, 3 décembre 1877. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 27, p. 402, 8 juillet.) — Note sur les arthropathies consécutives aux altérations de la moelle, par VALLIN. (*Soc. méd. des hôp. — Union méd.*, juillet.) — De la moelle épinière des serpents et des anguilles, par TIEGEL. (*Archiv für die gesammte Physiologie von Pflüger*, t. XVIII, p. 595.)

Monstre. — Rapport de Houel sur un cas de monstruosité recueilli à la ville de Santos, par José RIBEIRO DE SOUSA FONTES. (*Soc. de chir.*, t. II, p. 382.) — Monstre à deux têtes et trois bras, par PALFREY. (*Trans. of the Obs. Soc. of London*, p. 40.) — Rapport par PLAYFAIR, HAYES, BROOKES et WESTMACOTT, p. 97, 98, et 100.) — Description d'un monstre humain à deux têtes, par D.-C. MAC-CULLUM. (*Med. Times and Gaz.*, 16 novembre.)

Muscle. — Deux cas d'atrophie musculaire progressive, par A. SCHREIBER (*Inaug. Dissert. Göttingen*, 1877.) — Cas d'atrophie musculaire progressive, par A. ROHDEN. (*Deutsch, med. Wochensch.*, IV, 35.) — Etude clinique d'un cas d'atrophie musculaire progressive, par C.-J. CULLINGWORTH. (*Med. Times and Gaz.*, p. 121, 3 août.) — Recherches sur les modifications inflammatoires des fibres musculaires striées, par A. SPINA. (*Med. Jahrb.*, Heft 3). — Du muscle péronéotibial chez le chien, de la fermeture de la partie supérieure de l'espace interosseux de la jambe du muscle péronéotibal chez l'homme, par WENZEL GRUBER. (*Arch. f. Anat. und Phys. His et Braune*, fasc. 6, p. 438, 456, 482.) — De l'anneau du soléaire et de ses muscles tenseurs, par WENZEL GRUBER. (*Arch. f. Anat. u. Phys. His et Braune*, fasc. 6, p. 474.)

Myopie. — Un mot sur la mesure de la myopie, par DEHENNE. (*Recueil d'ophthalmologie*, p. 269.) — La myopie progressive el le staphylome postérieur sont-ils dus à une prédisposition héréditaire; ou peuvent-ils être produits par un défaut de réfraction agissant (*acting through*) par l'influence du muscle ciliaire ? par E.-G. LORING. (*Trans. of the internat. congr. of Philad.*, 1876, p. 923.)

N

Nerf. — Schéma physiologique des nerfs vaso-moteurs et tono-vasculaires. Hypothèse sur la dilatation passive et active des vaisseaux, par G. PALADINO. (*Giornale internazionale delle scienze mediche*, Naples, novembre.) — Les terminaisons des nerfs dans la peau, par L. COUTY. (*Thèse d'agrégation.*) — De la terminaison des nerfs dans la peau de l'homme, par SANTCHICH. (*Trans. of the internat. congr. of Philad.*, p. 504, 1876.) — De la terminaison des nerfs dans la plèvre du lapin, du chien et du chat, par LEBEDEFF. (*Trans. of the internat. congr. of Philad.*, p. 503, 1876.) — Du nerf accessoire de Willis, par HOLL. (*Arch. f. Anat. und Phys. His et Braune*, fasc. 6, p. 493.) — Des tumeurs du nerf optique, par H. KNAPP. (*Trans. of the internat. congr. of Philad.*, p. 905, 1876.) Résumé de 15 observations.

Nerveux (Système). — Les conditions de la vie moderne favorisent-elles le développement des maladies nerveuses? par R. Bartholow. (*Trans. of the internat. med. cong. of Philad.*, p. 366.) — De l'anatomie microscopique de l'appareil nerveux des bronches et des poumons de la grenouille, du lapin, du chien, du chat, du cheval et de la souris, par Santchich. (*Trans. of the internat. cong. of Philad.*, p. 504, 1876.) — Centre sympathique, par Henry Kesteven. (*Brain*, p. 360, octobre.) L'auteur n'admet pas de centre unique. — Du système nerveux périphérique des vertébrés, par Ihering. (In-4° avec planches, Leipzig.) — Traité des affections nerveuses, par M. Eulenburg. (2e édition complètement refondue, Berlin.)

Névralgie. — Traitement de la sciatique par les injections sous-cutanées d'éther, par Comegys. (*Cincinnati Lancet and Clinic*, juillet.) — Contribution à l'étude des névralgies articulaires, par Wilh. Koch. (*VIIe congrès de la Soc. all. de chir. Berl. klin. Wochens.*, n° 24, p. 356.) — Cas de névrose due au froid, par Holst. (*St.-Petersburg. med. Wochensch.*, 12 août.) — Leçons sur la névrotomie, avec des considérations relatives aux plaies des nerfs de la main, et aux troubles sensitifs qui les accompagnent, par Weir Mitchell. (*Brain*, p. 287, octobre.)

Nez. — Polype naso-pharyngien opéré par la voie palatine, par Denucé. (*Soc. de chir.*, t. IV, p. 390.) — Oblitération cicatricielle de l'orifice postérieur de la narine gauche. (Suite probable de pharyngo-laryngite scrofuleux), par Paul Koch (de Luxembourg). (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, n° 4, p. 213.) — Hypertrophie partielle de la pituitaire, par A. Osuna. (*El Siglo médico*, Madrid, n° 1301.) — Contribution à l'étude du développement de l'organe de Jacobson et à l'anatomie du nez, par R. Fleischer (*Erlangen phys. med. Sitzungsber.*, 12 novembre 1877.)

Nouveau-né. — De l'atélectasie pulmonaire des nouveau-nés, par Mlle Lehmus. Société gynécologique de Dresde, 6 avril 1876. (*Winckel's Ber. u. Stud.* II, Leipzig, p. 186, 1876.) — Deux cas de mort chez des nouveau-nés, par suite de pyémie consécutive à la phlébite de la veine ombilicale, par Roper. (*Transactions of the Obst. Soc. of London*, p. 8.) — Kyste abdominal chez un nouveau-né du sexe féminin, par Gomer Davies. (*Ibidem*, p. 5.)

O

Obstétrique. — Compte rendu de la clinique obstétricale de Montpellier, du 15 août 1877 au 15 août 1878, par Léon Dumas. (*Montpellier médical*, p. 1, janvier 1879.) — Deux faits d'obstétrique avec présentation des pièces anatomiques, par Weit. (*Soc. d'obst. et de gynécol. de Berlin, Berl. klin. Wochens.*, n° 19, p. 275.) — Sur l'emploi des curettes et du raclage en obstétrique, par Al. Keiller. (L'auteur montre les indications de la méthode et le danger des instruments auxquels il préfère le doigt.) (*Edinb. med. Journ.*, p. 323, octobre.)

Occlusion intestinale. — Obstruction intestinale mortelle, due à l'étranglement du gros intestin dans une boutonnière de l'épiploon, par Ringrose Atkins. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 431, novembre.) — Obstruction intestinale. Gastro-entérotomie, par Lawson. (*Brit. med. Journal*, 18 janvier 1879.) — Du traitement de l'obstruction intestinale par la belladone, par G. Parker May. (*Brit. med. Journ.*, 16 novembre.)

Œdème. — Traitement de l'anasarque générale par un drainage capillaire, par SOUTHEY. (*Assoc. française, Congrès du Havre*, p. 856, 1877.)

Œil. — Les plaies de l'œil par armes à feu, pendant la guerre turco-russe de 1877, par TALKO. (*Gazeta lekarska*, nos 7, 12.) — Compendium d'oculistique, par Friedrich HERSING. (2e édition, Stuttgart.) — Thérapeutique oculaire, par L. de WECKER, leçons recueillies et rédigées par MASSELON. (2 vol. in-8°, Paris.) — Compendium des maladies des yeux, par M. TETZER. (In-8° avec planches, Vienne.) — De l'évolution historique du sens des couleurs. Réfutation des théories de Gladstone et de Magnus, par H. DOR, (*Mémoire présenté à l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Lyon*, 19 novembre.) — De la kératoscopie comme moyen de diagnostic des différents états amétropiques de l'œil, par MENGIN. (*Recueil d'Ophthalmologie*, p. 122.) — Du traumatisme, des blessures, et des corps étrangers du globe de l'œil, par A. YVERT (suite). (*Recueil d'ophthalmologie*, p. 150, 231 et 337.) — Des amblyopies et des amauroses toxiques (suite), par X. GALEZOWSKI. (*Recueil d'Ophthalmologie*, p. 101.)—Ophthalmie sympathique, par CUIGNET. (*Recueil d'Ophthalmologie*, p. 193.) — De l'action physiologique et thérapeutique de la strychnine sur l'œil, par GALEZOWSKI. (*Recueil d'Ophthalmologie*, p. 211.) — Atrophie de la papille consécutive à l'intoxication mercurielle, par X. GALEZOWSKI. (*Recueil d'Ophthalmologie*, p. 226.) — Réseaux vasculaires de l'œil des vertébrés, par BEAUREGARD. (*Assoc. française pour l'avancement des sciences*. Le Havre, p. 659, 1877.) — Guérison spontanée de l'exophthalmie pulsatile congénitale, par G.-C. HARLAN. (*Trans. of the internat. cong. of Philad.*, p. 921, 1876.) — De l'usage de l'iodoforme dans les maladies des yeux, par P.-J. HAYES. (*Med. Times and Gaz.*, p. 193, 17 août.) — De l'emploi thérapeutique de la fève de Calabar et de l'ésérine dans les affections oculaires, par M. LANDERSBERG. (*Philadelphia med. Times*, 26 octobre.)

Œsophage. — Polype de l'œsophage, ablation, guérison, par Th. ANNANDALE. (*Brit. med. Journ.*, 23 novembre.) — Rétrécissement de l'œsophage produit par un caustique. Cathétérisme deux mois et demi après le début de l'affection. Dilatation très lente. Amélioration considérable (observation), par LETOUSEY. (*Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*, n° 5, p. 255.)

Œuf. — Œuf humain pathologique âgé de 2 mois dont l'expulsion s'accompagna d'une hémorrhagie profuse et qui offrait une quantité insolite de villosités choriales, présenté par KÆUFFER à la Société gynécologique de Dresde, 2 mars 1876. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 22, p. 324, 3 juin.)

Ongle. — Sycosis des ongles de tous les orteils chez un enfant de 10 ans, par HUTCHINSON. (*Med. Times and Gaz.*, vol. II, p. 706.)

Orbite. — Anévrysme orbitaire et exophthalmie pulsatile ; de leur diagnostic et de leur traitement, par E. WILLIAMS. (*Trans. of the internat. Congr. of Philad.*, p. 12, 1876.)

Oreille. — De la constatation de la perméabilité de la trompe d'Eustache au moyen du manomètre à mercure, par A. HARTMANN. (*Archiv für path. Anat. und Phys.*, t. LXXIV, p. 420.) — Traité d'otiatrie, par Adam POLITZER. (T. Ier, Stuttgart.) — Des meilleurs moyens pour examiner l'ouïe, par C.-H. BURNET. (*Trans. of the internat. Congr. of Philad.*, p. 958, 1876.) — De l'importance de traiter dès leur début les maladies de l'oreille, surtout lorsqu'ils reconnaissent comme point de départ un exanthème, par A.-H. BUCH. (*Id.*, p. 947, 1876.) — De la fonction et de l'utilité de la membrane du tympan artificiel, par H.-N. SPENCER. (*Idem*, p. 974, 1876.) — Du vertige auditif avec ouïe variable, par C.-H. BURNETT. (*Idem*, p. 1000,

1876.) — Considérations générales sur l'hygiène de l'ouïe, par GELLÉ, Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, 29 mai. (*Annales d'hygiène publiq. et de méd. lég.*, 2e série, L, p. 213, septembre.) — Altérations pathologiques du conduit auditif externe dans l'enfance, par J. BOKE. (*Pester med. chir. Presse*, n° 15.) — Remarques sur la cupule terminale de la crête acoustique, par V. HENSEN. (*Arch. f. Anat. und Phys. His et Braune*, fasc. 6, p. 486.) — Physiologie du tympan et de la caisse, par KERNE. (*The Lancet*, vol. II, p. 690.) — Modifications à faire subir au traitement de l'inflammation non suppurative de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne, par S.-J. JONES. (*Trans. of the internat Congr. of Philad.*, p. 988, 1876.) — De la meilleure manière d'examiner l'état de l'ouïe des écoliers et d'instruire ceux qui sont plus ou moins sourds, par C.-S. BLAKE. (*Idem*, p. 992, 1876.) — Coup de pistolet dans l'oreille (extraction de la balle), par TERRILLON. (*Annales des mal. de l'oreille et du larynx*, n° 5, p. 249.)

Organismes inférieurs. — Des champignons qui se développent dans les solutions à injection hypodermiques; l'acide salicylique empêche leur formation, par J.-G. RICHARDSON. (*Trans. of the internat. Congr. of Philad.*, p. 506, 1876.) — De l'état actuel de nos connaissances sur les germes qui produisent les maladies (disease germs), par T.-E. SATTERTHWAITE. (*Idem*, p. 1011, 1876.)

Os. — Leçons cliniques sur les maladies des os, par MACNAMARA. (In-8°, Londres.) — Différences individuelles et forme du tibia et du fémur chez l'homme, de J. MIKCLIUZ. (*Arch. f. Anat. und Phys. His et Braune*, fasc. 4 et 5, p. 351.) — Ostéologie de l'homme, par HOLDEN. (5e édit., Londres.) — Etude sur l'ostéologie du gorille, par C. AEBY. (*Morpholog. Jahrbuch.*, IV, 2, p. 288.) — De la rougeur fonctionnelle partielle de la moelle des os, par P. FOA et G. SALVIOLI. (*Lo Spallanzani*, an VIII, fasc. 1, sér. 2.) — De l'obturation de l'angle supérieur de l'espace interosseux de la jambe, par Wenzel GRUBER. (*Arch. f. Anat. et Phys. His et Braune*, fasc. 6, p. 456.) — Traitement des déformations infantiles du squelette par les bandes élastiques, par W. PARKER. (*Med. Times and Gazette*, vol. II, p. 705.) — Décollement de l'épiphyse du fémur droit, par SHRADY. (*New York med. Journ.*, décembre.) — Ostéite des os du pied. Résection de six os, suivie de restauration complète des mouvements et de la force, par W. PEEL NESSBITT. (*Brit. med. Journ.*, 14 décembre.)

Ostéomalacie. — Ostéomalacie, suite de grossesse, par BANKS. (*Brit. med. Journ.*, 30 novembre.)

Ovaire. — De la structure et du développement de l'ovaire des vertébrés, par F.-M. BALFOUR. (*Quart Journ. of micr. sc.*, octobre.) — La castration des femmes au point de vue physiologique et chirurgical, par Alfred HEGAR (Leipzig). (C'est le même travail qui dans les *Volkmann's Samml. kl. Vort.*, porte les nos 136 à 138.) — Kyste de l'ovaire chez un enfant d'un mois, par LEDUC. (*Soc. anat.*, p. 275.) — Kyste dermoïde de l'ovaire, par TAIT. (*Brit. med. Journ.*, 18 janvier 1879.) — Triple ovaire résultant d'une anomalie de formation, par WINCKEL, Société gynécologique de Dresde, 6 décembre 1877. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 32, p. 483, 12 août.) — Du traitement chirurgical des tumeurs de l'ovaire, par MUELLER, séance ordinaire d'hiver de la Société médico-chirurgicale du canton de Berne, 12 décembre 1877. (*Corr.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, n° 16, p. 494, 15 août.) — Ablation heureuse d'un kyste de l'ovaire, suivie de la production d'un sarcome. (Mount Sinai hospital.) (*New York med. Journ.*, décembre.) — Traitement du kyste de l'ovaire d'après la méthode de Semeleder, par W.-G. WHEELER et

MARCY. (*Boston med. and surg. Journ.*, 25 juillet.) — Sur la topographie et l'étiologie des tumeurs ovariques intra-ligamenteuses ou sous-séreuses, par FREUND (de Breslau), Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, 9 avril 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 28, p. 418, 15 juillet.) — Cancer de l'ovaire diagnostiqué; laparatomie pour tâcher de mettre fin à des phénomènes d'étranglement interne. Réunion de la plaie par première intention. Mort au bout de 3 semaines, par E. KUESTER, Société médicale de Berlin, 6 mars. (*Ibidem*, n° 34, p. 516, 26 août.)

Ovariotomie. — Remarques sur l'ovariotomie, par Th. WHITESIDE HIME. (*Brit. med. Journ.*, 30 novembre.) — Cas nouveaux d'ovariotomie, pratiqués pendant la grossesse, par Spencer WELLS. (*Trans. of the Obst. Soc. of London*, p. 185.) — Ovariotomie, guérison, par MARDUEL. (*Lyon médical*, 24 novembre.) — Ovariotomie, mort subite le 2e jour (par hémorrhagie interne?), par LAFFAN. (*The Lancet*, vol. II, p. 768.) — De l'ovariotomie par énucléation, par J.-F. MINER. (*Trans. of the internat. Congr. of Philad.*, p. 801, 1876.)

P

Palais. — Tumeur de la voûte palatine, par BARTLEET. (*Brit. med. Journal*, 21 décembre.) — De l'amélioration du langage après l'uranoplastie; par PASSAVANT, VIIe congrès de la Société allemande de chirurgie, 14 avril 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 24, p. 357, 17 juin.)

Pancréas. — Cas d'ictère par obstruction mécanique, pneumonie double, pyémie, abcès du pancréas, mort, par LEDIARD. (*Med. Times and Gaz.*, p. 249, 31 août.) — Cancer primitif du pancréas, par STRÜMPEL. (*D. Arch. für klin. Med.*, p. 226.)

Pansement. — De la chirurgie antiseptique, par J.-T. HODGEN. (*Trans. of the internal. Congr. of Philad.*, p. 518, 1876.) — Cinq observations pour servir à l'histoire de la chirurgie antiseptique et de la pyohémie, par H. DAVY, avec remarque, par H.-G. HOWSE. (*Guy's hosp. Reports*, III, S. V., XXIII, p. 261, 328.) — De la substitution du thymol à l'acide phénique pour les pansements antiseptiques, par E. KUESTER. Société médicale de Berlin, 6 mars 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 34, p. 516, 26 août.) — De la chirurgie antiseptique, par J. LISTER. (*Trans. of the internat. Cong. of Philad.*, 1876, p. 535.) — Observation de pansements anti-oxygéniques des plaies avec le genièvre du commerce, par BOENS. (*Bulletin de l'Académie de Belgique*, décembre.) — Remarque sur certains pansements des plaies chirurgicales (acide salicylique, thymol, acide borique, iodoforme, etc., par J.-H. PORTER. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 377, novembre.) — Plaies traitées par le pansement sec, guérison, par SAMPSON GAMGEE. (*Brit. med. Journal*, 18 janvier 1879.)

Paralysie. — Deux cas de paralysie d'origine spinale, par C. HANDFIELD JONES. (*The Practitioner*, octobre.) — Contribution clinique et thérapeutique à nos connaissances sur la paraplégie cervicale, par SEGUIN. (*Amer. neurological association. Boston med. and surg. Journ.*, 4 juillet.) — Sur un cas de paralysie bulbaire, par QUINCKE, séance ordinaire d'hiver de la Société médico-chirurgicale du canton de Berne, 12 décembre 1877. (*Corr.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, n° 16, p. 495, 15 août.) — Deux cas de paralysie bulbaire. (*Mount*

Sinai hospital, New York med. Journ., décembre.) — De la paralysie bulbaire amyotrophique progressive et de ses rapports avec la sclérose symétrique des cordons latéraux, par E. Leyden (*Arch. f. Psych. u. Nervenkr.*, Bd. VIII, Heft 3, p. 641.) — Des paralysies traumatiques du membre inférieur consécutives à l'accouchement laborieux, par Brivois. (*Thèse de Paris.*) — Étude sur la paralysie agitante, par Herterick. (Würsburg). — Note à propos des localisations fonctionnelles dans les diverses formes de la paralysie générale avec 4 planches, par E. Dufour. (*Ann. médico-psychol.*, septembre 1878.)

Pathologie.—Manuel de pathologie générale appliquée à la physiologie pathologique, par Samuel. (3e section. Pathologie générale des tissus et organes. Stuttgart.)

Parotide. — Extirpation totale de la parotide, par L. Medini. (*Bull. delle science mediche di Bologna*, août et septembre.) — Extirpation totale de la parotide, et des ganglions lympho-sarcomateux du cou, par Bottini. (*Giornal della Reale Accademia di medicina di Torino*, octobre.) — Sur une variété de parotidite épidémique, par Penzoldt. (*Thür. Corresp. Blatt.*, VIII, 9.)

Paupière. — Anatomie médico-chirurgicale des paupières, par J. Coulézard-Desforges. (*Thèse de Paris*, n. 351.)

Peau. — Manuel de diagnostic des maladies de la peau, par Liveing. (In-12, Londres.) — Des troubles d'innervation comme élément étiologique dans les maladies de la peau, par Ed. Wigglesworth. (*Hospital Gazette*, mars.)

Pemphigus. — Pemphigus du vagin, par Klein-wachter. (*Prager med. Wochens.*, n° 9.)

Péricarde. — Athérome de l'aorte : hémorrhagie intra-péricardique se produisant par une étroite fissure, chez un sujet âgé de 29 ans, par Samuels Archer. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 438, novembre.) — Paracentèse du péricarde et du thorax, par Porcher. (*Med. Record.*, *New York*, juillet.)

Périnée. — De la périnéorraphie, par Getschell. (*Philad. med. and surg Reporter*, septembre.)

Périoste. — Pathologie du périoste alvéolo-dentaire, observations de différents symptômes que la périostite peut produire dans la périodontite aiguë et chronique, par F. Sirletti. (*Archivio clinico dei medici condotti*, Rome, 1876.) — Des différentes formes de périostite purulente suraiguë ou maligne, par Podrazki. (*Gaz. des hôp.*, 24 octobre.) — Des complications viscérales, en particulier des complications cardiaques de la périostite phlegmoneuse diffuse; rapport de Déjerine. (*Soc. anat.*, p. 275.)

Pharmacologie. — Traité de pharmacologie, par Wigand. (In-8°, Berlin.) — De l'action de la belladone et de l'opium, par S.-K. Colter. (*Med. Times and Gaz.*, p. 125, 3 août.) — Recherches et observations sur quelques nouveaux agents thérapeutiques, par Rosenthal. (*Wien. med. Presse*, nos 45-49.) — Une note sur l'usage des pastilles d'iodoforme et sur les avantages qu'offre la gélatine dans la fabrication des pastilles, par W. Macneill Whistler. (*Med. Times and Gaz.*, 30 novembre.) — Action et usages thérapeutiques de la salicine, par A. Buchwald. (In-8°, Breslau.) — Sur la liqueur de fer dialysé, par Massini. Société médicale de Bâle, 7 février 1878. (*Corr.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, n° 17, p. 528, 1er septembre.)— De la vaseline

comme excipient des pommades oculaires, par ADLER (de Vienne). (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, 2e année, p. 125.) — De la vaseline comme excipient de la pommade d'atropine, par GOLDZIEHER (de Buda-Pest). (*Hirschberg's Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, 2e année, juillet, p. 150.) — Observations cliniques sur les effets physiologiques de l'acide arsénieux, par Ferdinand NAVAUX. (*Thèse de Paris.*) — Action du condurango, par BURKMANN. (*Deutsche med. Wochensch.*, IV, 33.) — Action de la digitaline sur la circulation, par G. CAVAZZANI. (*Annali univ. di med.*, août.) — Action de l'hyoscyamine, par C. CHUBB. (*Brit. med. Journal*, 31 août. — *Idem*, par COGHILL. (*Lancet*, août.) — De l'ararobа, par DA SILVA LIMA. (*Gaz. med. da Bahia*, août.) — Action diurétique de la Blatta orientalis, par FRONMÜLLER. (*Memorabilien*, XXIII, 6.) — De l'action thérapeutique du bromure de camphre, par P. FUNAIOLI. (*Arch. ital. per le malattie nervose*, XV, 5.) — De la cotoïne et de la paracotoïne, par F. JOBST. (*Gaz. Lombard.*, 7.) — Effets physiologiques et thérapeutiques de la cantharidine dissoute dans le chloroforme, par Georges COUTISSON. (*Thèse de Paris.*) — De l'action physiologique de la conicine, par A. KEIDEL. (*Inaug. Dissert. Göttingen.*) — De la barbe de maïs et de son usage thérapeutique, par C. LOMBROSO. (*Rivista clinica*, 7 et 8.) — Baume anti-arthritique indien d'origine végétale, par H. VON HŒLDER (de Stuttgart). (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 26, p. 383, juillet.) — Belladone contre le collapsus, par REINHARD WEBER (de Philadelphie). (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 27, p. 395, 8 juillet, et *R. S. M.*, XI, p. 510.) — De l'excrétion pathologique de l'acide phénique. (*Med. Times and Gaz.*, p. 439, 12 octobre.) — De l'eucalyptus globulus, par HERMANIDES. (*Weekbl. van het Nederl. Tijdchr.*, 34.) — Les altérants, les phosphates, par FERRAND. (*Union médicale*, 26, 31 décembre.)

Pharynx. — De l'hyperesthésie du pharynx et du larynx, par GANGHOFNER. (*Prager med. Wochensch.*, III, 38.)

Phlegmon. — Phlegmon de la partie postérieure du cou à la suite d'altération des côtes supérieures. Pleurésie purulente par ouverture probable d'abcès dans la plèvre, par MAYOR. (*Bull. Soc. anat.*, p. 353.)

Phthisie. — Phthisie sénile, dépôts crétacés dans les poumons, par Samuels ARCHER. (*The Dublin Journ. of medic. sc.*, p. 439, novembre.) — De quelques troubles des fonctions génitales dans la phthisie pulmonaire de la femme, par RAULX. (*Thèse de Paris*, 1877.) — Phthisie et tuberculose, étude clinique, par KOMMERELL. (*D. Arch. für klin. Med.*, 148.) — Efficacité de la chaux pulvérisée contre la phthisie, par FANTINI. (*Il Morgagni*, janvier.) — Statistique de la phthisie à Rio de Janeiro, par H. REY. (Extrait des *Annales brazilienses de medicina*, 1877, XVIII (*Annales d'hygiène publ. et de méd. lég.*, 2e série, p. 215, septembre.)

Physiologie. — Traité de physiologie humaine, par Wilhelm WUNDT, 4e édition, revue. (Stuttgart.) — Leçons de physiologie opératoire, par Cl. BERNARD. (In-8°, Paris, 1879.) — Recueil de contributions à la pathologie et à la physiologie de L. TRAUBE. (Tome IIIe, rédigé par A. FRAENKEL. Berlin.) — Sur les processus de synthèse au sein de l'économie animale, par E. BAUMANN. (Berlin.) — Travaux (Mittheilungen) du laboratoire physiologique de Kœnigsberg, par W. v. WITTICH. (Kœnigsberg.) — Sur les appareils régulateurs de l'économie, par L. HERMANN. (*Corr.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, n° 14, p. 417, 15 juillet.) — De la base physique des tempéraments, par Emmanuel ROTH (de Belgard). (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 22, p. 324, n° 25, p. 371 et n° 26, p. 388, 3 et 24 juin et 1er juillet.) — Note sur un mode de démonstration de la loi de contraction de Pflüger, par G. BARLOW. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, XII, juillet.)

Pied bot. — Pied bot varus, par BRYANT. (*Brit. med. Journal*, 7 décembre.) Pied bot varus très prononcé ; ostéotomie en forme de coin d'une partie des os du tarse, par BRYANT. (*Med. Times and Gaz.*, vol. II, p. 682.) — Pied bot équin ; résection d'un partie du tarse, guérison, par BARWELL. (*Med. Times and Gazette*, vol. II, p. 732.)

Placenta. — Cas de placenta prœvia, par PEASLEE. (*Philad. med. and surg. Reporter*, juillet.) — Présentation de 2 placentas, siège d'épanchements sanguins de cause inconnue, par WEIT. Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, 26 février 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 24, p. 354, 17 juin.) — Formation du placenta chez le cochon d'Inde, par Ch. CREIGHTON. (*Journ. of Anat. and Physiol.*, XII, juillet.) — Avortement à 3 mois 1/2 ; rétention du placenta. par David YOUNG. (*The obst. Journ.*, n° 61, p. 24.) — I. Deux faits d'insertion vicieuse du placenta terminés fatalement, par HAFFTER de Weinfelde. — II. Insertion vicieuse du placenta. Accouchement forcé. Issue favorable pour la mère et l'enfant, par Alb. GOLDSCHMID (de Fehraltorf). (*Corr.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, n° 12, p. 358 et 360, 15 juin.)— Deux faits d'insertion vicieuse du placenta, par P. ZOLLER (de Wald). (*Corr.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, n° 44, p. 437, 15 juillet.)

Plaie. — Des plaies en général (pansements et soins divers), par BOENS. (*Bulletin de l'Académie de Belgique*, novembre.) — Traitement des plaies par l'immobilité absolue, une douce compression, les pansements secs et rares, par GAMGEE. (*The Lancet*, vol. II, p. 869.) — Plaie par instrument tranchant, Pénétration de l'abdomen et des deux plèvres ; issue de l'épiploon ; perforation de la rate ; section de la moelle épinière à sa partie inférieure ; hémothorax double, mort le troisième jour, par CHAUVEL. (*Soc. de chir.*, IV, p. 629.) — Note sur la blessure de l'hôtelier Holtfener causée par l'assassin Nobiling, par F. BUSCH. Il s'agit d'une plaie en canal de la région mento-maxiliaire droite, produite par un coup de revolver à aiguille tiré à bout portant. On dut fendre le trajet pour reconnaître la présence d'une fracture esquilleuse du maxillaire qui ne se traduisait par aucune mobilité. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 27, p. 403, 8 juillet.)

Plèvre. — Deux cas de pleurésie chronique accompagnée de pleurodynie aiguë traités par les bandages de diachylon (Strapping), par POWELL. (*Med. Times and Gaz.*, p. 459, 19 octobre.)— De la gangrène pulmonaire consécutive à la pleurésie, par CONCATO. (*Rivista clinica di Bologna*, décembre.) — Un cas d'empyème guéri par l'ouverture de la plèvre, le drainage et les injections, par BILLINGTON. (*New York med. Journal*, novembre.) — Étude sur le traitement des exsudats pleurétiques chez l'enfant, par BLUMER. (*Inaug. Dissert. Gottingen*, 1877.)— Blessure de l'artère mammaire interne, épanchement considérable dans la cavité pleurale gauche ; résorption rapide de l'épanchement ; guérison, par BAUDON. (*Soc. de chir.*, IV, p. 490.)

Poumon. — Traitement de la pneumonie franche, par RIEGEL. Société générale de Cologne, 22 octobre 1877. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 26, p. 387, 1er juillet.) — La pneumomie contagieuse, sous l'influence d'une agglomération exagérée de population, par KUHN. (*D. Arch. f. kl. Med.*, p. 348.)— Du diagnostic étiologique de la pneumonie au moyen de la mensuration thermique, par Robert DE LATOUR. (*Union méd.*, 14 novembre.) — Pneumonie aiguë mortelle en l'espace de 21 heures chez une enfant de 8 ans 1/2, par WHITLA. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 428, novembre.) — Abcès du lobe moyen du poumon droit. Pneumonie interstitielle du lobe inférieur. Expectoration gangreneuse. Examen histologique, par GOUGUENHEIM. (*Bullet. Soc. anat.*, p. 341, juin.) — Poumon supplémentaire trouvé chez un nouveau-né ; ce 3e poumon était situé à la partie inférieure gauche, et ne

communiquait ni avec le poumon normal ni avec les bronches ; formé de tissu pulmonaire vrai, il recevait un vaisseau du 7e espace intercostal. Cœur normal. Présentation de C. Ruge à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, 12 mars 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 27, p. 401, 8 juillet.) — Deux faits de pneumothorax, par S. West. (*Saint-Barth. hosp. Reports*, XIII, p. 215.)

Prostate. — Calculs de la prostate, par Malmeste. (*Thèse de Paris*, 1876.)

Pseudarthrose. — Fracture des deux os de la jambe au tiers moyen, chez un enfant de six ans ; non-consolidation de la fracture ; fausse articulation, par Viard. (*Soc. de chir.*, IV, p. 495.) — Pseudarthrose de l'avant-bras, pas de cause connue ; résection ; suture métallique ; guérison, par A. Duke (*The Lancet*, vol. II, p. 805.)

Psoriasis. — Les plaques muqueuses idiopathiques de la cavité buccale (psoriasis buccal), par E. Schwimmer. (*Viertejahrssch. f. Dermatologie und Syphylis*, p. 53.) — Essai d'étude critique sur la nature du psoriasis d'après ses caractères cliniques, par Edouard Lang. (*Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphil.*, p. 433.) — Mode d'emploi et d'action de l'acide chrysophanique dans le psoriasis, le pityriasis, etc., à la clinique d'Hebra, par E.-H. (*Corr.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, n° 11, p. 341, 1er juin.)

Psychoses. — Des psychoses périodiques, par Kirn. (In-8°, Stuttgart.)

Puerpéral. — Cas de paramétrite puerpérale inguinale, par J. Matthews Duncan. (*The Lancet*, p. 10, 5 janvier.) — Les travaux de la commission nommée par la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, pour étudier la fièvre puerpérale. (Stuttgart.) — De la nature, de l'origine et de la prophylaxie de la fièvre puerpérale, par W. Lusk. (*Trans. of the Internat. Congr. of Philad.*, p. 829, 1876.) — Diététique et nutrition pendant les couches, par Klemmer. (*Winckel's Ber. und Stud.* II, Leipsig, p. 155, 1876.) — De la fièvre puerpérale, par Davis. (*Philad. med. and surg. Reporter*, mai.)

Purpura. — De l'œdème pourpré fébrile ; étude sur une forme particulière de purpura, par Ch. Soyer. (*Thèse de Paris*, n° 294.)

Putréfaction. — Des alcaloïdes spontanément créés dans l'organisme, par la putréfaction, A. Robin. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 38.)

Pyohémie. — Infection purulente chez un nouveau-né ayant pour origine une lésion à la colonne cervicale, par Ch. Féré. (*Bullet. Soc. anat.*, p. 407, juillet.) — Éruption pustuleuse dans un cas de pyohémie, par Paul Comegys. (*Philadel. med. Times*, 23 décembre.)

Q

Quinine. — Des éruptions quiniques. (*Med. Times and Gaz.*, 23 novembre.) — Annotation sur les quinquinas des États-Unis et de Colombie, sur l'emploi thérapeutique de la cinchonidine, par Daniel Coronado. (*Thèse de Paris.*) — Essai sur le sulfate de quinine comme agent antipyrétique, par Ed. Delavaux. (*Thèse de Nancy.*)

R

Rachis. — Deux cas de subluxation de la colonne cervicale, par ARENDT. (*Deutsche militairärtz. Zchft.*, p. 465.) — Deux cas insolites de carie vertébrale, abcès du psoas et hémorrhagie artérielle, mort, exfoliation de la portion postérieure de l'atlas, guérison, par Ch. COPPINGER. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 464, décembre.) — Scoliose par obliquité du bassin, RIEDIGER (d'Iéna), VON LANGENBECK, VII* *congrès de la Société allemande de chirurgie*, 14 avril 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 24, p. 355, 17 juin.) — Fracture du rachis de cause directe. Escarres multiples dont quelques unes sur des points qui ne sont soumis à aucune pression, par HOWSE. (*Med. Times and Gaz.*, vol II, p. 656.) — Traitement des déviations rachidiennes par les appareils plâtrés, par E. OWEN. (*Brit. med. Journ.*, 7 décembre.)

Rage. — Hydrophobie, son histoire, son traitement, par Andrew WILSON. (*Edinb. med. Journ.*, p. 315, octobre.)

Rate. — Fait de kyste splénique, par WINCKEL. Société gynécologique de Dresde, 27 mai 1876. (*Winckel's Ber. and Stud.*, II, Leipzig, 1876.) — Tumeur hypertrophique de la rate, désordres digestifs et circulatoires, ascite, splénotomie, mort, par AONZO. (*L'Indipendente*, n° 25, et *Annali universali di medicina*, de Milan, novembre.) — Observation de splénotomie, mort rapide à la suite de l'opération, par W.-C. ARNISON. (*Brit. med. Journ.*, 16 novembre.)

Rein. — Essai sur quelques accidents urémiques chroniques liés au rein contracté, par BARRÉ. (*Thèse de Paris.*) — De la paranéphrite suppurée, (phlegmon périnéphritique), par ROSENBERGER. (In-8°, Würzburg.) — Des formes frustes du mal de Bright, par DIEULAFOY. (*Gaz. hebdomad.*, 31 janvier 1879.) — Contribution à la pathologie des reins. (Dégénérescence amyloïde des reins sans albuminurie, difficulté du diagnostic différentiel entre les néphrites parenchymateuse et interstitielle), LITTEN, discussion consécutive: SENATOR. (*Soc. méd. de Berlin*, 20 février 1878. *Berlin. klin. Wochens.*, n° 29, p. 453, 29 juillet.) — Périnéphrite consécutive à une pyélite suite d'obstruction de l'uretère par un calcul; autopsie, par PHILIPSON. (*The Lancet*, vol. II, p. 767.) — Du rein douloureux (Aching Kidney), par J. MATHEWS DUNCAN. (*Med. Times and Gaz.*, p. 563, 16 novembre.) — Contribution à l'étude de la dégénérescence amyloïde des reins, par M. LITTEN. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 22, p. 313, et n° 23, p. 335, 3 et 18 juin.) — Abcès du rein, ouverture artificielle à la région lombaire, bronchite, mort, par BRYANT. (*Med. Times and Gaz.*, vol. II, p. 274.) — Atrophie granuleuse des reins et hypertrophie du cœur, par BUHL. (*Mittheilungen aus dem pathologischen Institut zu München*, p. 48.) — Néphrite parenchymateuse: petit rein jaune, par CAPITAN. (*Bullet. Soc. anat.*, p. 317.) — Néphrite, œdème de la glotte, trachéotomie, mort, néphrite interstitielle chronique avec nombreux foyers purulents, par H. LELOIR. (*Bull. Soc. anat.*, juillet, p. 412.) — Pathologie générale des reins, par Arthur WYNNE FOOT. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 518, décembre.)

Rétine. — Gliome de la rétine chez une femme de 17 ans. Examen histologique coïncidence de ganglions parotidiens, par WALTON. (*The Lancet*, vol. II, p. 767.)

Résection. — Résection du maxillaire supérieur dans un cas de cancer, par J. Pancoats. (*Philad. med. Times*, 7 décembre.) — Résection du corps de la mâchoire, cheiloplastée dans un cas d'épithélioma récidivé de la joue, par A. Ceci. (*Giornale Internazionale delle science mediche*, novembre.) — Sur la résection sous-périostée du coude dans le cas d'ankylose vicieuse, par Ollier. (*Lyon méd.*, 24 novembre, p. 441.) — Résection des cinq côtes et de la clavicule pour une plaie pénétrante de poitrine, par arme à feu, par Schneider et discussion (*7e congrès de la Soc. allem. de chir.*, 14 avril, 1878. *Berlin. klin. Wochens.*, n° 23, p. 340.) — Résection tibio-tarsienne, par T. Holmes. (*Brit. med. Journ.*, 14 décembre.) — Résection de l'articulation tibio-tarsienne droite dans un cas de carie, par J.-H. Porter. (*Brit. med. Journ.*, 30 novembre.) — Une observation de résection du genou pour tumeur blanche, par Grellet. (*The Lancet*, vol. II, p. 807.)

Rhumatisme. — Affection rhumatismale du diaphragme, par Mader. (*Allgemeine Wiener med. Zeitung*, 5 novembre.) — Remarques sur l'usage combiné de l'acide salicylique, de l'opium et de l'aconit, dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, par M.-H. Spencer. (*Brit. med. Journ.*, 3 août, p. 163.) — Du traitement du rhumatisme chronique et du rhumatisme subaigu par les salicylates, par J.-T. Eldridge. (*Philad. med. Times*, 23 novembre.) — Traitement local, par les vésicatoires, des affections méningées dans le rhumatisme articulaire aigu, par Fr. Mosler. (*Deustche medicin. Wochenschr.*, nos 23, 24.)

S

Salicylique (Acide). — De l'emploi de l'acide salicylique, par A. Biach. (*Mittheilung. d. Ver. d. Aerzte in Niederössterr.*, VI, 17.) — Du salicylate de soude dans le rhumatisme, par Da Costa. (*Philad. med. and surg. Reporter*, juillet.) — Note sur l'emploi de l'acide salycilique contre la fièvre miliaire essentielle, par Curci. (*Lo Sperimentale*, nov.) — De l'usage de l'acide salicylique et de ses sels de soude en médecine, par Bartels. (*Deutsch. med. Wochensch.*, IV, nos 32 et suiv.) — Sur l'élimination du salicylate de soude et l'action de ce sel sur le cœur. Note de MM. Blanchies et Bochefontaine. (*Compt. rend. Acad. sc.*, 28 oct.)

Salivaire. — Remarques sur la présence d'enzymes dans la glande sous-maxillaire du lapin, par J. Langley. (*Untersuchungen aus dem physiologischen Institute von Heidelberg*, t. I, fasc. 4.)

Sang. — Etude historique et critique sur la découverte de la circulation du sang, par Martin Kirchner. (Brochure in-8°.) — Du développement de la filaria sanguinis hominis. (*Med. Times and Gaz.*, p. 275, 7 sept.) — De la microscopie du sang, par Christopher Johnston. (*Trans. of the internat. cong. of Philad.*, 1878, p. 467.) — Etude physiologique sur le sang, par J. Ranke. (In-8°, Munich.) — Numération des corpuscules du sang, par Govvers. (*The Lancet*, vol. II, p. 901.) — De l'action de la pepsine sur le sang vivant, par Albertoni (*Centralbl. f. die med. Wissensch.*, p. 642.) — Nouvelle communication sur les caractères de la matière colorante du sang, par Hoppe-Seyler. (*Zeitschr. f. physiol. Chemie*, t. II, p. 149.)

Sarcome. — Sarcome généralysé après une première opération datant de deux ans et demi, par Poinsot. (*Soc. de Chir.*, IV, p. 638.) — Sarcome du

tibia, par GOODALL. (*Brit. med. Journ.*, 21 déc.) — Examen histologique d'une tumeur à myéloplaxe généralisée (sarcome angioplastique), par E. CHAMBARD. (*Soc. anat.*, p. 278.) — Sarcome fibro-plastique de la jambe, récidive, ablation, phlébite infectieuse, par J.-B. GAUCHÉ. (*Soc. anat.*, p. 267.) — Cas de sarcome secondaire, par WEBER. (*Inaug. Dissert.* Göttingen, 1877.) — Sarcome kystique du cou. Ligature de la veine jugulaire interne, par AGNEW. (*Philad. med. Times.*, 26 oct.) — Observation de sarcome encéphaloïde de la jambe, par J.-M. SACCADURA. (*Estudos medicos de Coimbra*, 1re série, n° 8.) — Myxo-sarcome de la région masséterine gauche, par E. BASSINI. (*La clinica operativa di Pavia*, Gênes, et *Annali universali di medicina*, Milan, nov.)

Saturnisme. — Cas d'amblyopie passagère chez un saturnin, par LEDIARD. (*Med. Times and Gaz.*, p. 217, 24 août.) — Symptomatologie et théorie de la colique de plomb, par Franz RIEGEL. (*Deuts. Arch. f. klin. Med.*, p. 174.)

Scarlatine. — Prophylaxie de la scarlatine : sur l'exclusion temporaire des écoles prononcée contre les frères et sœurs de petits scarlatineux. Discussion de la Société médicale de Bâle, 10 et 24 janv. 1878 : HAEGLER, HAAGEN, HAGENBACH, WILLE, BARTH, LOTZ, Daniel BERNOUILLI, de WETTE, SOCIN, FIECHTER, LICHTENHAHN. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, n° 14, p. 429 et 432, 15 juillet.) — Scarlatine consécutive aux opérations, son influence sur les plaies, leçon de TRÉLAT. (*Gaz. des hôp.*, 22 oct.)

Sclérodermie. — De la sclérodermie, par HILLAIRET. (*Progrès médical*, 9 nov.) — Un cas de sclérodermie, par F.-P. FOSTER. (*Arch. of. dermat.*, p. 328.)

Scorbut. — Anatomie pathologique du scorbut, par N. USKOW. (*Centralbl. f. die med. Wies.*, p. 498.) — Coup d'œil sur la récente épidémie de scorbut qui survint lors de la dernière expédition au pôle Nord, par Harry LEACH. (*St.-Barthol. hosp. Rep.*, XIII, p. 37, 1877.)

Scrofule. — La scrofule au Havre, par GIBERT. (*Assoc. française, Congrès du Havre*, p. 860, 1877.)

Serpent. — Observation de morsure de vipère, par A. Ivins COMFORT. (*Philad. med. Times*, 23 nov.)

Simulation. — Un cas de simulation de la fièvre, par Max TACKE. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 31, p. 455, 5 août.)

Souffle. — Du double son et du double souffle dans l'artère crurale, par WINTERNITZ. (*D. Arch. f. kl. Med.*, p. 506.)

Sourd-muet. — Des méthodes employées pour l'éducation des sourds-muets et du choix des écoles qui leur conviennent, par L. TURNBULL. (*Trans. of the internat. Cong. of. Philad.*, 1876, p. 1004.)

Spectre. — De l'harmonie du son et de la lumière, téléphonie et analyse spectrale, par BÖHNER. (In-8°, Hannover.)

Spina bifida. — Du traitement du spina bifida par les injections iodées, par G.-W. THOMSON. (*Brit. med. Journ.*, 30 nov.)

Statistique. — Statistiques sur la population de Buenos-Ayres, par G. RAWSON. (*Trans. of the internat. cong. of Philad.*, 1876, p. 1029.) — Statistique médicale de la ville de Würzburg pour la période 1871-1875, par O. HOFMANN. (*Verhandunlgen der physikal. medicin. Gesellschaft in Würzburg*,

t. XI, p. 1; t. XII, p. 1.) — Contributions à la statistique médicale sous la direction de SCHWEIG, SCHWARTZ et ZUBLIZER. (3e fasc., Stuttgart.)

Sueur. — Structure des glandes sudoripares chez l'homme, le cheval et le mouton, par GALANI. (*Trans. of the intern. cong. of Philad.*, 1876, p. 503.)

Suicide. — Du suicide dans les Indes. (*Indian med. Gaz.* et *Med. Times and Gaz.*, p. 256, 31 août.)

Syphilis. — Clinique sur la syphilis du larynx, par W. MACNEILL WHISTLER. (*Med. Times and Gaz.*, p. 343, 21 sept.) — Contribution à l'étude du chancre buccal, par SPILLMANN. (*Revue méd. de l'Est*, 15 nov.) — Contributions à l'étude pathologique et thérapeutique de la syphilis nasale, par SCHUSTER et SANGER. (*Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis*, p. 211.) — Nécrose du cartilage cricoïde dans un cas de syphilis tertiaire, trachéotomie, par Seabury JONES. (*New York Med. Journ.*, déc.) — Syphilis héréditaire; lésions du cœur, de l'estomac, de l'intestin, par PARROT. (*Progrès médical*, 16 nov.) — Observation de tumeur intracrânienne probablement syphilitique (fille de 19 ans). Plaie de tête deux ans auparavant. Chute sur la tête un an après ce traumatisme, syphilis probable. Céphalée intense et permanente augmentant la nuit. Convulsions unilatérales du côté gauche, débutant par les doigts de la main et précédées d'aura. Aphasie post épileptique faisant défaut au moment des crises. Guérison par l'iodure et le bromure de potassium, par BYROM BRAMWEL. (*Edinb. med. Journ.*, p. 308, oct.) — Myélite syphilitique guérie en quinze jours par le traitement mixte, par CAIZERGUES. (*Montpell. méd.*, p. 455, nov.) — De l'épilepsie syphilitique, par Thomas Stretch DOWSE. (*The Practitioner*, oct.) — Testicule syphilitique, par HUTCHINSON. (*Med. Times and Gaz.*, vol. II, p. 707.) — Syphilome du cœur, par SMITH. (*Trans. of the Bristol. med. chir. Soc.*, vol. I.) — Ulcère phagédénique coïncidant avec des accidents tertiaires, par HUTCHINSON. (*Med. Times and Gaz.*, vol. II, p. 707.) — Inefficacité de la teinture de tayuya (3 cuillerées à café par jour) chez 3 syphilitiques, par RONUS. Société médicale de Bâle, 25 avril 1878. (*Corr.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, n° 18, p. 554, 15 sept.) — Notes sur les variétés de siège des plaques muqueuses du conduit auditif, par A. DESPRÈS. (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, n° 6, p. 311.) — Observation de syphilis, par Theod. KÖLLIKER. (*Corr.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, n° 12, p. 375.) — Sur un cas de syphilome de la protubérance, par M. ROSENTHAL. (*Arch. f. Psychiatrie*, Bd. IX, Heft I.)

T

Taille. — Calcul vésical formé autour d'une alène de cordonnier; cystotomie bi-latérale; guérison, par FLEURY, de Clermont. (*Soc. de chir.*, t. IV, p. 394.)

Teigne. — Sur une forme rare de sycosis parasitaire et sur quelques tumeurs inflammatoires, par Edward LANG. (*Viertelj. f. Dermat. u. Syphilis*, p. 393.)

Température. — Des températures périphériques, par William SQUIRE. (*Practitioner*, novembre.) — Des températures du corps anormalement

basses et de leurs causes, par G. GLASER. (*Thèse inaugurale.* Berne.) — Traitement des convulsions produites chez les enfants par une forte élévation de la température du corps, par T.-K. HOLMES. (*Trans. of the intern. Congr. of Philad.*, p. 796, 1876.) — Sur la marche de la température à l'apparition d'une suppuration articulaire, par KŒNIG, et discussion consécutive : SCHEDE, LUECKE, HUETER, BARDELEBEN. *VIIe Congrès de la Société allemande de chirurgie*, 12 avril 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 21, p. 309, 27 mai.)

Tendon. — Tendon du triceps crural, section accidentelle, par GAMGEE. (*The Lancet.*, vol. II, p. 869.) — La suture des tendons de la main avec 3 observations, par A. KOTTMANN. (*Corr.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, n° 17, p. 513 et n° 18, p. 545, 1er et 15 septembre.)

Tétanos. — Remarques sur la comparaison et le contraste qui existe entre le tétanos et une certaine attaque épileptique. Remarques sur le cervelet, par Hughlings JACKSON. (*Med. Times and Gaz.*, p. 405, 26 octobre.) — Tétanos traumatique, médications combinées, guérison, par MOLLIÈRE. (*Gaz. des hôp.*, 12 décembre.) — Un cas de tétanos des nouveau-nés, par NAPIER. (*Trans. Soc. of the Obstetric. Soc. of London*, p. 5.) — Tétanos. anat. path., dégénérescence colloïde d'une partie des cordons médullaires et de la portion supérieure du cervelet, par J. ROSS. (*Med. Times and. Gaz.*, vol. II, p. 527.) — Tétanos. Convulsions tétaniques chez un sujet atteint de tumeur du cervelet, par HUGHLINGS JACKSON. (*Idem.*, vol. II, p. 596.) — Tétanos traumatique guéri par l'extension des nerfs, par KLAMROTH. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 2 novembre.)

Testicule. — De quelques conséquences de l'atrophie testiculaire chez les adultes (Féminisme), par Ferdinand LAMBERT. (*Thèse de Paris.*)

Thérapeutique. — La diète (réunion) des médecins du Haut-Rhin à Fribourg-en-Brisgau, le 18 juillet 1878, par DE WETTE. (*Corr.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, n° 16, p. 497, 15 août.)

Thyroïde. — Hypertrophie du corps thyroïde, par DEWES. (*Brit. med. Journal*, 18 janvier.) — Recherches microscopiques sur la structure de la glande thyroïde, par O. ZEISS. (*Dissert.* Strasbourg, 1877.) — Sarcome fibreux du corps thyroïde, compression de l'œsophage, mort par dysphagie, par MACKENZIE. (*Medical Times and Gazette*, vol. II, p. 656.)

Trachéotomie. — Trachéotomie dans la première année de la vie, par ELIAS. (*Deutsch. med. Wochensch.*, n° 45.) — De la trachéotomie dans la laryngite pseudo-membraneuse, et de ses indications, par W. PARKER. (*Brit. Med. Journal*, 7 décembre.) — De la trachéotomie dans les affections syphilitiques du larynx, par SCHUYLER. (*Philad. med. and surg. Reporter*, août.) — Deux observations de trachéotomie, par BAYER (de Bruxelles). (*Annales des mal. de l'oreille et du larynx*, n° 4, p. 222.)

Transfusion. — Deux cas de transfusion du sang suivis de mort, par J. BERENS. (*Philadelphia med. Times*, 21 décembre.)

Trépanation. — Plaie contuse du pariétal droit par un coup de pioche; trépanation; pas d'esquilles de la lame vitrée; pas de convulsions ni de paralysies croisées, à la suite du ramollissement inflammatoire limité au pied des deux premières circonvolutions frontales droits, par CHALOT, rapport de Le Dentu. (*Soc. de chir.*, t. IV, p. 486.) — Trépanation dans un cas de compression; guérison, par GOLDING BIRD. — Observation recueillie, par W.-E. STARLING. (*Guy's Hospit. Rep.*, v. XXIII, p. 221, 224.)

— De la trépanation de l'apophyse mastoïde, par M. Burckhardt-Merian. (*Société de médecine de Bâle*, 15 novembre 1877. *Corr.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, n° 12, p. 366, 15 juin.)

Thorax. — Deux leçons cliniques sur le carcinome intra-thoracique primitif, par William Pepper. (*Philadelphia med. Times*, 7 décembre.)

Tuberculose. — Du traitement hygiénique des tuberculeux, par Peter. (*Bull. de Thér.*, t. LXXXXV, p. 433. — Tubercules du cerveau, de la protubérance et du bulbe. Paralysie du nerf moteur oculaire externe, par Quénu. (*Bull. Soc. anat.*, p. 314.) — De la tuberculose des plaques de Peyer, par Laveran. (*Soc. méd. des hôpitaux. Union médicale*, 10 décembre.) — Le lait des vaches phthisiques peut-il transmettre la tuberculose? (Exposé des travaux de Gerlach, Bollinger, Klebs, Fleming), par E. Vallin. Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. Discussion consécutive : Decaisne, Gubler, Vallin, Trasbot, Coudereau. (*Annales d'hygiène publiq. et de méd. lég.*, 2e série, p. 15, juillet.) — Tuberculose génito-urinaire : lésions très avancées des testicules et de la vessie; ulcération du bassinet, tubercules du rein, par Mossé. (*Bullet. Soc. anat.*, juin, p. 361.) — Tuberculose pulmonaire; lésions tuberculeuses de l'utérus et des trompes; péritonite chronique simple, par M. Letulle. (*Idem*, juin, p. 333.) — Cas de tuberculose aiguë. Encéphalite localisée à la partie supérieure de la scissure de Rolando; péricardite tuberculeuse, par Humphreys. (*Med. Times and Gaz.*, p. 127, 3 août.) — Pelvi-péritonite tuberculeuse chez une petite fille de 6 ans : tuberculoses des ovaires, métrite suppurée enkystée. Méningite tuberculeuse, par Ch. Talamon. (*Bullet. Soc. anat.*, juin, p. 344.) — Phthisie gastro-intestinale avec carreau; ulcérations tuberculeuses de l'estomac et de l'intestin : examen histologique, par Talamon et Balzer. (*Bullet. Soc. anat.*, juin, p. 375.) — Tuberculose pulmonaire : abcès de la région préfrontale cérébrale droite chez une fille de 12 ans : intégrité de l'intelligence et du mouvement, par Gauché. (*Ibidem*, p. 409.) — Petit rein granuleux, ascite : granulie du péritoine sans lésions tuberculeuses d'autres organes, par Merklen. (*Ibidem*, p. 286.) — Granulie : tuberculose miliaire du foie, de la rate, des reins et des poumons : adénopathie trachéo-bronchique chez une fille de 18 ans; oscillations irrégulières de la température par M. Letulle. (*Ibidem*, p. 283.) — Tuberculose des testicules et de la prostate; disparition complète de la prostate, par Carrié. (*Ibidem*, p. 322.) — Diagnostic de la tuberculose, par Bev. Robinson. (*Med. Record, New York*, août.)

Typhoïde (fièvre). — Observation de fièvre typhoïde compliquée de congestion méningée spinale, par Goudouin. (*Union médicale*, 28 novembre.) — Etiologie de la fièvre typhoïde, par G.-E. Wabing. (*Boston med. and surg. Journ.*, 16 et 25 juillet.) — Orchite parenchymateuse dans la convalescence de la fièvre typhoïde, par Sabourin. (*France médicale*, 4 décembre.) —De la gangrène sèche des membres dans la fièvre typhoïde, par Mercier. (*Arch. de médecine*, octobre.) — Du typhus à Stuttgart, par Cless. (*Würtemb. Corresp.-Blatt*, n° 28.) — XVIIIe lettre du théâtre de la guerre datée d'Alexandropol, par O. Heyfelder. (Œdème de la glotte, gangrènes et nécrose du typhus.) (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 28, p. 418.)

U

Ulcère. — Des ulcères de la région plantaire du pied, par BAFFA. (*Gaz. Med. Ital. Prov. Venete*, n° 51.) — Anatomie pathologique de l'ulcère phagédénique, par THIN. (*Path. Soc. Med. Times and Gaz.*, 2 novembre.)

Urine. — Des quantités absolues et relatives de sulfates excrétés dans l'urine, par P. FÜRBRINGER. (*Archiv für path. Anat. und Phys.*, t. LXXIII, p. 39.) — De l'urine dans l'hématurie des vaches, par Albert ROBIN. (*Brochure*, Paris.) — Effet du bicarbonate de potasse sur la réduction de l'urine, par H. RALFE. (*The Lancet*, vol. II, p. 651.)

Urticaire. — 2 faits d'urticaire dans le cours d'albuminurie, par LEUBE. (*Correspondenzblätter des allg. ärztl. Vereins von Thüringen*, n° 5.)

Urèthre. — Rupture de l'urèthre après une contusion du périnée, par BULL, (*New York Med. Journal.*) — Rétrécissement de l'urèthre, fistules, rétention, obs. par MORRIS. (*Med. Times and Gaz.*, vol. II, p. 544.) — Siège et diagnostic des rétrécissements, par QUEUPOT. (*Thèse*, Paris.) — Urèthre. Traitement des contusions et plaies contuses, par LEQUERRÉ. (*Thèse*, Paris.) — Rétrécissement avec rupture de l'urèthre; abcès urineux, fièvre, mort; perforation de l'urèthre à la région membraneuse; lithiare biliaire et abcès du foie, par BRUCHET. (*Bullet. Soc. anat.*, juin, p. 365.) — Etude anatomo-pathologique sur les rétrécissements de l'urèthre, par J.-H. BRINTON. (*Philadelphia Med. Times*, 7 décembre.) — Rétrécissement de l'urèthre; son traitement, par OTIS. (In-8°, *New York.*) — Un cas de rétrécissement uréthral guéri radicalement par l'uréthrotomie interne, par Stuart ELDRIDGE. (*New York Med. Journal*, novembre.) — Des rétrécissements congénitaux de l'urèthre, chez l'homme, par WEISS. (*Prag. Vierteljahrssch.*, IV Bd.)

Utérus. — Notes sur un cas de rétroflexion de l'utérus gravide, par A.-E. AUST. LAWRENCE. (*Med. Times and Gaz.*, p. 166, 10 août.) — De l'antéflexion de l'utérus. (Discussion à la Société obstétricale de Londres.) (*Brit. med. Journal*, 18 janvier 1879.) — De l'inversion chronique de l'utérus, par J.-P. WHITE. (*Trans. of the internat. Cong. of Philad.*, 1876, p. 873.) — Trois cas d'inversion de l'utérus, par GODSON. (*Transac. ot the Obstetrical Soc. of London*, p. 51.) — Inversion utérine chronique, par BREISKY. (*Prager. Med. Wochenschr.*, n° 17.) — Cas d'inversion de l'utérus, par Heyvood SMITH. (*Transact. of the obstetr. Soc. of London*, p. 57.) — D'un cas d'inversion de l'utérus, par HICHMANN (*Ibidem*, p. 49.) — Nouvelle méthode de traiter certains cas de rétroflexion de l'utérus non gravide, par BRAITHWAITE. (*Ibidem*, p. 122.) — Inversion spontanée de l'utérus, par J. ELLINGTON. (*Ibidem*, p. 50.) — Cas de suppuration de la cavité utérine par suite de l'occlusion du col, par GALABIN, avec rapport, par ROPER. (*Ibidem*, p. 176.) — Remarques sur l'antéflexion utérine, par G. ROHER. (*Brit. med. Journal*, 30 novembre.) — Myome pédiculé de l'utérus ayant la grosseur du poing, et implanté au même niveau qu'une polype de même espèce enlevé un an auparavant. Présentation de C. RUGE à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, 12 mars 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 27, p. 401, 8 juillet.) — De l'endométrite cervicale chronique comme une cause fréquemment méconnue de stérilité et d'avortement, par A.-W. EDIS. (*Brit. med. Journal*, 16 novembre.) — Utérus unicorne avec corne rudimentaire,

par MEYBURG, Société gynécologique de Dresde, 2 novembre 1876. (*Jahresbericht der Gesellschaft f. Natur. und. Heilkunde in Dresden*, 1877, p. 92.) — La dilatation de l'orifice rétréci du col, au moyen de l'éponge préparée, peut-elle faciliter la conception? par HAUSMANN (réponse négative). Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, 23 avril 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 31, p. 468, 5 août.) — Contribution à la pathologie de la portion vaginale du col. Erosions et cancer au début, par C. RUGE et J. VEIT. (Tirage à part de la *Zeitschrift f. Geburtshülfe und Gynäkologie*. Stuttgart.) — Ablation d'une tumeur fibro-kystique de l'utérus, par Spencer WELLS. (*Brit. med. Journal*, 14 décembre.) — Les fibromyomes de l'utérus par Louis MICHELS (de Creuznach). (Stuttgart.) — Du traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus, par W.-L. ATLEE. (*Trans. of the internat. Cong. of Philad.*, 1876, p. 80.) — Tumeur fibroïde de l'utérus datant de trois ans, extirpation, guérison, par P. CANDELA. (*El Siglo médico, Madrid*, n° 1304.) — Corps fibreux intra-utérin sessile; dilatation du col, ablation avec l'écraseur, guérison par WALMSLEY. (*The Lancet*, vol. II, p. 878.) — Etiologie et traitement des fibromes utérins, par OBERG. (*Inaug. Dissert.* Göttingen.) — 1° Fibro-myome utérin volumineux; extirpation incomplète, 2° Laparatomie pour des myomes utérins sous-séreux et sous-muqueux; déchirure d'un ligament large pendant l'extraction des tumeurs; mort par épuisement au bout de 48 heures. Présentation des pièces, par BISCHOFF. (Société médicale de Bâle, 1er novembre 1877.) (*Corr.-Bl. f. schweiz. Aerzte*, n° 11, p. 328, juin.) — Sur un cas de fibro-myome utérin, par MORDRET. (*Bullet. de l'Ac. de Méd.*, 2e série, t. VIII.) — Extirpation par morcellement d'un fibroïde utérin calcifié, par LEHNERDT, Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, 26 mars 1878. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 27, p. 401, 8 juillet).

V

Vaccin. — Considérations pratiques sur les revaccinations de l'armée, par DEMEUNYNCK. (*Recueil de méd. et de chir. mil.*, p. 433.) — Valeur comparative de la vaccination animale ou de la vaccination de bras à bras, par P.-M. BRAIDWOOD. (*Edinb. med. Jour.*, p. 385, novembre.)

Vagin. — Observation de double vagin et de double col de l'utérus, par DEMPSEY. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 427, novembre.) — Rupture du vagin pendant le travail, par GALABIN. (*Brit. med. Journ.*, 30 novembre.) — Occlusion du vagin par la membrane hymen, incision de cette cloison, grossesse consécutive et accouchement heureux à terme, par BOENS. (*Soc. de chir.*, IV, p. 510.) — Du vaginisme, par J. MATTHEWS DUNCAN. (*Med. Times, and. Gaz.*, p. 453, 19 octobre.)

Varice. — Etude de l'oblitération des varices, critique de la méthode du professeur RIGAUD, par DAVAT. (*Soc. de chir.*, p. 591.)

Variole. — Statistique officielle de la variole à Berlin durant les années 1863, à 1877. (*Viertelj. f. gericht. Med. u. œff. Sanit.*, nouv. série, XXIX, p. 194.)

Veine. — Deux observations de claquement valvulaire veineux, dans les jugulaires, par O. KALHER. (*Prag. med. Wochensch.*, n° 21.) — Engorgement chronique des membres inférieurs; phlébite obturante de la fémorale profonde, par CHAUVEL. (*Soc. de chir.*, t. IV, p. 352.) — De la thrombose veineuse chirurgicale, par AZAM. (*Soc. de chir.*, IV, p. 154.)

Ventilation. — Sur la ventilation avec description de l'appareil minimétrique destiné à évaluer la pureté de l'air, par le dosage de son acide carbonique, par Georg. Lunge. (*Zurich*, 1877.) — Sur l'analyse de l'air et la ventilation, par H. Eulenberg. (*Vierteljahrss. f. gericht. Med. u. œff. Sanit.*, nouv. série, XXIX, p. 150, juillet.) — Leçon clinique sur l'hyperventilation dans certaines maladies, par Handfield Jones. (*The Lancet*, p. 417 et 451, septembre 1877.) — Des formes de ventilation, par Jacobi. (*Zeits. f. Biol.*, XIV, Heft I, p. 1, 1877.)

Version. — Du palper abdominal et de la version par manœuvres externes, revue clinique, par Brochin. (*Gaz. des hôp.*, 26 octobre.)

Vertige. — Clinique sur un cas de vertige stomacal, par J.-M. Da Costa. (*Boston med. and surg. Journ.*, 6 juin.) — Vertige réflexe dû à un rétrécissement de l'urèthre, par Erlenmeyer. (*Deustche med. Wochensch.*, 2 et 9 novembre.) — Du rapport du vertige stomacal avec le vertige labyrinthique, par Woakes. (*The Lancet*, 8 décembre, p. 846 et *Amer. Journ. of med. sc.*, avril.)

Vessie. — Contribution à l'étude des cystites du col de la vessie, par Laforest. (*Thèse de Paris*, n° 289.) — Cystalgie, vessie irritable, chez la femme, par Duncan. (*Med. Times and Gaz.*, vol. II, p. 673.) — Cystite chronique, guérison par la diète lactée. (1 obs.), par Teevan. (*The lancet*, vol. II, p. 801.) — Guérison des troubles nerveux vésicaux, vésical irritability, par la dilatation rapide de l'urèthre chez la femme, par Harvey. (*The med. Record*, New York, mai.) — Deux observations d'affection de la vessie traitées par une nouvelle méthode, par W. Alexander. (*The Lancet*, vol. II, p. 209.) — Altérations des corpuscules du pus de la cystite chronique, par Michelson. Société de médecine scientifique de Königsberg, 19 mars 1877. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 18, p. 257, 6 mai.) — Cystite avec urines purulentes et ammoniacales. Traitement par les injections au sulfate de quinine (4 0/0), par Thornton. (*The Lancet*, vol. I, p. 786.) — Sur les causes et le traitement de la dysurie chez les femmes, par John Warren. (*New York Med. Journ.*, juillet.) — Un cas de tumeur de la vessie, par F. Marchand. (*Archiv f. klin. Chirurgie*, vol. XXII, fasc. 3, p. 676.) — Rupture de la vessie à la suite de mauvais traitement, par K. Landgraf. (*Vierteij. f. gericht. Med. u. œff. Sanit.*, nouv. série., XXVIII, p. 241, avril.) — Des lésions traumatiques de la vessie, par Max. Bartels. (*Archiv f. klin. Chirurgie*, vol. XXII, fasc. 3, p. 519.)

Vésicant. — Du traitement héroïque de la péritonite idiopathique (vésicatoires), par H.-C. Wood. (*Boston med. and surg. Journ.*, 2 mai.)

Vin. — Le vin dans la Sologne considéré comme prophylactique puissant des fièvres telluriques, par E. Burdel (de Vierzon). (Paris, 1877.)

Vision. — Essai sur la physiologie de la lecture (suite), par Javal. (*Annales d'oculistique*, t. 79, 5e et 6e livraison, p. 240.) — Troubles de la vision et paralysie des nerfs moteurs de l'œil, d'origine médicale, par Atkinson. (*The Lancet*, vol. I, p. 745.) — Echelle pour mesurer l'acuité de la vision chromatique, par H. Dor. (In-8° avec planches, Bâle.)

Vitré (corps). — Affection cornéenne grave; deux iridectomies; ponction et évacuation du corps vitré, résultat remarquable, par H. Coursserant. (*Progrès médical*, 12 octobre.)

Vol. — Mécanisme du vol, par H. Strasser. (*Arch. f. Anat. und Phys. de His. et Braune*, 5 fasc., p. 319.)

Vomissement. — Un cas de vomissements incoercibles durant la grossesse, par Osterloh. (*Société gynécologique de Dresde*, 15 février 1877. *Berlin. klin. Wochens.*, n° 32, p. 482, 12 août.) — Vomissements chez une femme enceinte arrêtés par une parotidite suppurée, mort, par Mac-Lean Forman. (*New York med. Journ.*, avril.) — Vomissements incurables de la grossesse. Traitement par les irrigations prolongées d'eau et d'huile d'olive tièdes, par S. Greene. (*The Lancet*, vol. I, p. 887.) — Vomissements incoercibles de la grossesse. Cautérisation du col utérin avec le nitrate d'argent. (*Ibidem*, vol. I, p. 268 et 377.) — Du traitement des vomissements incoercibles de la grossesse, par E. Copeman. (*Brit. med. Journ.*, 28 septembre.)

X

Xérodermie. — De la xérodermie, par L. Lewinson. (*Dissert.* Berlin.)

Z

Zona. — 1° Zona du 3e espace intercostal droit survenu dans le cours d'une pneumonie franche du sommet droit, terminée par guérison; 2° Herpès anal dans le cours d'une fébricule, par Van Heusinger. (*Société méd. de Marburg*, 8 août, 1877. *Berlin. klin. Wochens.*, n° 24, p. 355, 17 juin.) — Herpès Zoster avec névralgie du plexus brachial, par Takacs. (*Pester med. chir. Presse*, n° 39.)

LISTE DES OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DE LA REVUE

du 15 janvier au 15 avril 1879.

Librairie de **G. Masson**, boulevard Saint-Germain, en face de l'École de Médecine, Paris.

Du traitement des fièvres intermittentes telluriques, par la quinoïdine, par le Dr Édouard Burdel (de Vierzon). — Prix : 1 franc.

De l'évolution historique du sens des couleurs. Réfutation des théories de Gladstone et de Magnus, par le Dr H. Dor, à Lyon, professeur honoraire de l'Université de Berne, brochure, in-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Etude sur l'hygiène oculaire au lycée de Lyon, par le Dr H. Dor, à Lyon, professeur honoraire de l'Université de Berne, brochure, in-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Le M' Boundou du Gabon. Etude de physiologie expérimentale, par le Dr L. Testut, brochure, in-8°. — Prix : 2 francs.

Librairie **V. Delahaye**, place de l'Ecole-de-Médecine.

L'Etiologie et pronostic de la glycosurie et du diabète, par le Dr Cyr, médecin consultant à Vichy, etc. 1 vol. in-8° — Prix : 3 fr. 50.

Des opérations préliminaires en général, par le Dr Kirmisson, aide d'anatomie à la faculté de médecine, etc. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50.

De la rétention incomplète d'urine au point de vue anatomique et clinique dans les cas de lésions prostatiques et de rétrécissement de l'urèthre, par le Dr Jean. 1 vol, in-8°. — Prix : 3 fr. 50.

De la rétroversion utérine pendant la grossesse, par le Dr Ducor. In-8°. — Prix : 3 fr. 50.

Du spasme de l'urèthre symptomatique, par le Dr Spire. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50.

Les affections du foie, par le Dr Quinquaud, médecin des hôpitaux, etc. 1er fascicule. In-8°. — Prix : 2 fr. 50.

Recherches sur quelques points de l'action physiologique et thérapeutique de la digitale pourprée, par le Dr Fagart. In-8°. — Prix : 2 fr. 50.

De l'inflammation aiguë des gaînes tendineuses de la paume de la main, par le Dr Garnier. In-8. — Prix : 2 fr. 50.

Etude sur la pleurésie qui survient dans le cours ou pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, par le Dr La Saigne. In-8. — Prix : 2 francs.

Traité théorique et clinique de percussion et d'auscultation avec un appendice sur l'inspection, la palpation et la mensuration de la poitrine, par E.-J. Woillez, médecin honoraire de l'hôpital de la Charité. 1 vol. in-18 avec 101 figures dans le texte. — Prix : 10 francs.

Contribution à l'étude des myomes utérins et de leur traitement par les injections d'ergotine dans le tissu de l'utérus, par le Dr Gerard. In-8. — Prix : 2 francs.

Hémiplégie faciale, paralysie de la 7e paire; essai de séméiotique, par le Dr Augé. In-8. — Prix : 1 fr. 50.

De la syphilis infantile acquise, par le Dr Pontet. In-8. — Prix : 1 fr. 50.

Prophylaxie des teignes, par le Dr Verrier. In-8. — Prix : 1 franc.

La comédie et la musique dans leurs rapports avec la santé, par le Dr Verrier. In-8. — Prix : 1 franc.

Contribution à l'étude des amblyopies symptomatiques de la syphilose cérébrale, par le Dr Ch. Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi, etc. In-8. — Prix : 75 centimes.

Des corps étrangers du rectum, leurs migrations dans l'intestin et leur histoire, par le Dr Gérard. In-8. — Prix : 2 francs.

Facultés de médecine, nouvelles dispositions relatives aux études et au régime des examens pour les candidats au doctorat en médecine. In-18. — Prix : 60 centimes.

Sur une corrélation pathogénique entre les maladies du cœur (insuffisance et rétrécissement aortiques), et l'hystérie chez l'homme, par le Dr Armaingaud, in-8. — Prix : 1 franc.

Des taches vineuses et de leur traitement par les scarifications, par le Dr Colson, in-8. — Prix : 1 fr. 50.

Eloge de Bouvier, par M. de Saint-Germain, chirurgien des hôpitaux de Paris, etc. In-8. — Prix : 1 franc.

De l'acné sébacée partielle et de sa transformation en cancroïde, par le Dr Audouard. In-8. — Prix : 1 fr. 50.

Des écoulements blennorrhagiques contagieux, aigus et chroniques de l'homme et de la femme par l'urèthre, la vulve, le vagin et le rectum, de leurs accidents et de leurs complications, suivi d'une étude sur les écoulements blancs non contagieux par les organes génitaux des deux sexes, par le Dr Pouillet. 1 vol. 18°.

Sur un cas de sclérodermie, application des courants électriques continus, suivie de succès, par le Dr Armaingaud, in-8. — Prix : 1 franc.

Fragments d'ophthalmologie clinique de l'hospice des Quinze-Vingts, compte rendu analytique des maladies observées et des opérations pratiquées pendant les années 1875, 1876, 1877, par le Dr Fieuzal, médecin de l'hospice, 1 vol. in-8. — Prix : 6 francs.

Librairie **Germer Baillière et Cie**, 108, boulevard Saint-Germain.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et d'hygiène pour 1879, *contenant le résumé des travaux thérapeutiques et hygiéniques publiés en* 1878 *et les formules des médicaments nouveaux, suivi d'un mémoire sur les vignes phylloxérées*, par A. Bouchardat, professeur d'hygiène à la faculté de médecine, 39e année, 1 vol. grand in-32. — Prix : 1 fr. 50.

Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1875 (2e *semestre*) *et* 1876, par M. le Dr Péan, avec 160 figures dans le texte. Tome II. Un fort volume grand in-8. — Prix : 20 francs.

Librairie **J.-B. Baillière et fils**, rue Hautefeuille, 19, à Paris.

Leçons de physiologie opératoire, par Claude Bernard, professeur au Collège de France et au Muséum, 1 vol. in-8 de xvi-614 pages avec 116 figures. — Prix : 8 francs.

De la paralysie générale, anatomie pathologique, nature, cause et traitement, par le Dr A. Voisin, médecin de la Salpêtrière, 1 vol. gr. in-8 de xvi-556 pages, avec 15 planches coloriées, graphiques et fac-simile. — Prix : 20 francs.

Anatomie des centres nerveux, par le professeur G. Huguenin, professeur à l'Université de Zurich, traduit par le Dr Th. Keller et annoté par le Dr Math. Duval. 1 vol. in-8 de xvi-368 pages, avec 149 figures. — Prix : 8 fr.

Analyse physiologique des éléments de la parole. Voyelles et consonnes, mécanisme de leur prononciation, par A. Chervin, in-8.

Leçons sur la syphilis faites à l'hôpital de Lourcine, par M. V. Cornil, médecin de l'hôpital de Lourcine. Paris, 1879, in-8, xii-482 pages, avec 9 planches lithographiées et figures intercalées dans le texte. — Prix : 10 francs.

Climatologie médicale. Le climat de Brest, ses rapports avec l'état sanitaire, par A. Borius, professeur agrégé, à l'Ecole de médecine de Brest. Paris, 1879, in-8, 384 pages, avec 1 carte coloriée. — Prix : 7 francs.

Traité de climatologie médicale comprenant la météorologie sur la santé, par H. C. Lombard, tome III.

Recherches sur la mortalité des femmes en couches dans les hôpitaux. Statistique de l'hôpital Lariboisière, 1851, 1878 et de l'hôpital Cochin, 1873, 1877, *avec tableaux et courbes de la mortalité*, par L. de Beurmann, Paris, 1879, gr. in-8 de 64 pages. — Prix : 2 francs.

Librairie **Octave Doin**, 8, place de l'Odéon.

Manuel pratique de gynécologie et des maladies des femmes, par le Dr de Sinety, première partie, 1 vol. in-8 de 420 p. avec 100 fig. dans le texte. — Prix de l'ouvrage complet : 12 francs.

Etude statistique et clinique du service hydrothérapique de l'hôpital Saint-André de Bordeaux précédé de recherches nouvelles sur l'action de la chaleur et du froid sur l'organisme, par E. Delmas Saint-Hilaire, 1 vol. in-8 de 250 p. avec 115 tracés sphygmographiques dans le texte. — Prix : 5 francs.

De la Langue noire (Glossophytie), par le Dr A. Dessois. In-8 de 40 pages avec une planche lithographique. — Prix : 2 francs.

Manuel de minéralogie, par M. L. Portes, pharmacien en chef de l'hôpital de Lourcine, 1 vol. in-18, cartonné diamant de 370 pages et 66 figures dans le texte. — Prix : 5 francs.

Manuel d'histoire naturelle médicale, par le Dr J.-L. de Lanessan, professeur agrégé d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris. Première partie *Botanique*, 1 vol. in-18 jésus de 720 pages avec 450 figures dans le texte. — Prix de l'ouvrage complet : 14 francs. La deuxième partie sera remise aux souscripteurs dans le courant du mois de mars 1879.

L'ouvrage complet formera 1500 pages avec 1100 figures dans le texte

Des causes et du traitement du rachitisme, par le Dr Dauvergne père, in-8. — Prix : 1 franc.

Considérations sur l'amputation du col de l'utérus et description d'un mode particulier de pratiquer cette opération, par le Dr A. Reichardt, in-8 de 70 pages. — Prix : 2 francs.

Leçons de clinique thérapeutique professées à l'hôpital Saint-Antoine, par le Dr Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, recueillies par le Dr Eug. Carpentier-Méricourt, revues par l'auteur. Deuxième fascicule. Traitement des maladies de l'estomac, 1 vol. in-8 de 300 pages avec une planche en chromo-lithographie. — Prix : 7 francs.

Recherches expérimentales sur la puissance toxique des alcools, par M. Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et Audigé, 1 vol. in-8. — Prix : 10 francs.

Recherches anatomo-pathologiques sur le tubercule la tuberculose des séreuses et du poumon chez l'homme, le lapin et le singe; tuberculose expérimentale, par le Dr Hippolyte Martin, ancien interne des hôpitaux, in-8 de 170 pages

avec figures dans le texte et une planche en chromo-lithographie. — Prix : 5 francs.

De la bosse séro-sanguine, par le Dr Daniel Martellière, in-8 de 67 pages — Prix : 2 fr. 50.

Etude sur la région périnéale de l'homme, par le Dr de P. Chacon, professeur d'anatomie à l'Ecole de médecine de Mexico, gr. in-8 de 100 pages. — Prix : 3 francs.

La propylamine, la triméthylamine et leurs sels étudiés au point de vue pharmacologique et thérapeutique, par Da Costa Alvarenga, traduit du Portugais, par Mauriac, in-8. — Prix : 3 francs.

Librairie **P. Asselin**, éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Traité de l'art de formuler comprenant : 1° un abrégé de pharmacie chimique; — 2° un abrégé de matière médicale; — 3° un abrégé de pharmacie galénique, par M. Yvon, pharmacien de 1re classe, ancien interne des hôpitaux, 1 vol. in-8 de 550 pages. — Prix : 7 fr. 50.

Des amblyopies et des amauroses toxiques, par le Dr Galezowski, professeur libre d'ophthalmologie, 1 vol. in-8. — Prix : 3 fr. 50.

Librairie **Berger Levrault**, 51, rue des Beaux-Arts.

La méthode antiseptique de Lister. Histoire et résultats obtenus à l'hôpital Saint-Léon de Nancy, par F. Gross.

Librairie **Alexandre Coccoz**, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Sur la diphthérie prolongée, par A. R. Garcia Rijo. — Prix : 2 fr. 50.

Etude sur les paralysies du nerf cubital, par le Dr Fèvre. — Prix : 2 fr. 50.

Etude sur la polyurie dans quelques affections chirurgicales des voies urinaires, par Noel Masson. — Prix : 2 francs.

Contribution à l'étude des causes empêchant l'ablation définitive de la canule après la trachéotomie chez les enfants; variété de rétrécissement trachéal, bourgeons charnus de la plaie, par Louis Carrié. — Prix : 2 francs.

Librairie **Ernest Leroux**, éditeur, rue Bonaparte, 28.

De la ligue contre les vivisections, ou la nouvelle croisade, par un Anglais. — Prix : 2 francs.

Librairie **Manceaux**, à Bruxelles.

Production artificielle d'atrophies congénitales de la rate, par le Dr Masoin, broch. in-8.

Librairie **Vanderhaeghen**, à Gand.

De l'insomnie, causes et traitement, par V. Logie (mémoire couronné par la Société de médecine de Gand).

Librairie **J. E. Adlard**, London.

An analysis of seventy five cases of writers cramp and impaired writing power, by George Vivian Poore, broch. in-8.

Librairie **Putnam's Sons**, New York.

The diagnosis of progressive locomotor ataxie, par E.-C. SEGUIN, in-8.

Librairie **Martin Biedma**, Buenos-Aires.

Las Meurosis de los hombres celebres en la historia, Argentina, par Jose Maria RAMOS MÉJIA. Primera parte; Rosas y su Epoca.

Librairie **Urban et Schwarzenberg**, 4, Maximilianstrasse, Vienne.

Beiträge sur geschichte der Chirurgie, von Dr Edward ALBERT (II Heft. Die Herniologie der Alten.)

Die neueren ärzneimittel in ihrer Anwendung und Wirkung, von Dr LŒBISCH ET ROKITANSKY (broch. in-8).

Die Pathologie und Therapie der hereditaren Syphilis nach ihrem gegenwärtigen Standpunkte, von Dr LUDWIG FURTH.

Ueber Laryngoskopie und Rhinoskopie und ihre Anwendung in der ärztlichen Praxis; Secht Vorträge, Dr J. SCHNITZLER (broch. in-8).

Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre Vorlesungen für praktische ärzte und Studirende, von Dr Edward Albert.

Lehrbuch der Physiologie und mikroskopischen Anatomie, von L. LANDOIS (Erste Helfte).

Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten in vorlesungen für praktische Ærzte und Studirende, von Dr Moriz KAPOSI (Erste Helfte.)

Librairie **A. Hirschwald**, Berlin.

Ueber das Verhalten der Samenfäden in den Geschlechtsorganen des Weibes, von Dr D. HAUSSMANN (broch.)

Grundsätze bei Behandlung der Syphilis, von Dr Bernhard BRANDIS (broch. in-8.)

Lehrbuch der speciellen Chirurgie für Ærzte und Studirende, von Franz KŒNIG. Zweite Auflage (2 vol. in-8).

Die trophischen Beziehungen der Nervi vagi zum Herzmuskel, von Dr Hermann EICHHORST.

Librairie **Robert Oppenheim**, Berlin.

Furchen und Wülsche im Grosshirn des Menschen, par PANSCH (1 broch. in-8.)

Librairie **Hermann Dege**, Leipzig.

Ueber die Leukämie bei den Hausthieren, von Dr Otto SIEDAMGROTZKY.

Librairie **Vogel**, Leipzig.

Die öffentliche Gesundheitspflege in den ausserdeutsch Staaten in ihren Wesentlichen, par Carl GOTEL, in-8.

Librairie **Trani**, Naples.

Le indicazione delle operazione sull'iride; studio clinico, per Dott. Gigante Re.

L'estrazione della cateratta seinle negli attuali principii processi operatorii, pel Dott. Gigante Re ; tesi di concorso, Napoli, 1877.

Librairie **Rechiedei,** Milan.

Prime linee di uno studio cardiografico volto a scopi clinici del prof. Achille de Giovanni (con 57 fig., in-8).

Librairie **Gamberini et Parmeggiani**, Bologne.

Di una trepanazione del cranio per accessi epilettici consecutivi a lesione della testa, osservazione del dott. G. Romiti.

Librairie **Paiva,** Porto.

Etude sur la diphthérie, dissertation inaugurale, par Ferraz de Menezes (broch. in-8).

Le gérant : Masson.

Paris-Imp. PAUL DUPONT, 41, rue Jean-Jacques-Rousseau. (1, 1-79.)

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN ET RUE DE L'ÉPERON

en face de l'École de médecine.

Nouveautés.

Atlas des maladies profondes de l'œil, comprenant : **Ophthalmoscopie**, par M. Maurice PERRIN, médecin principal de l'armée, médecin en chef et professeur au Val-de-Grâce ; — **Anatomie pathologique**, par M. F. PONCET (de Cluny), agrégé au Val-de-Grâce, médecin-major de 1re classe.

L'Atlas des maladies profondes de l'œil, forme 92 planches du format grand in-8° jésus.— Les 26 premières sont consacrées à *l'Ophthalmoscopie ;* elles contiennent ensemble 156 figures. Les 66 autres sont consacrées à *l'Anatomie pathologique ;* toutes dessinées d'après nature et reproduites avec le plus grand soin par la chromolithographie.
En regard de chaque planche se trouve une explication détaillée.
Prix de l'ouvrage : en carton. . . . . 100 fr.
Relié demi-maroquin, tranche supérieure dorée, planches montées sur onglet 110 fr.

La syphilis du cerveau, par M. Alfred FOURNIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hopital Saint-Louis. Leçons cliniques recueillies par M. E. BRISSAUD, interne des hopitaux. 1 vol. in-8° de 650 pages . . . . . 10 fr.

(Extrait du *Bulletin de l'Académie*, séance du 28 janvier 1879) :

M. RICORD . . . . . .
Cet ouvrage peut être considéré comme la monographie la plus complète de la syphilis cérébrale. C'est en effet un résumé de tout ce qui a été fait jusqu'à ce jour dans cette partie si intéressante de la pathologie du cerveau, que M. FOURNIER a enrichie de recherches nouvelles et de nouvelles et précieuses observations.
Tout, dans ce livre, est traité avec un soin particulier : étiologie, anatomie pathologique, symptomatologie (avec l'étude si difficile du diagnostic différentiel), pronostic et traitement. L'auteur n'a rien laissé d'inachevé, afin que son œuvre soit utile aux praticiens en général, et aux spécialistes, en particulier, qui y trouveront des points nouveaux élucidés ou à élucider.

Jean Fernel, d'Amiens. — Le meilleur traitement du mal vénérien, 1579. Traduction, préface et notes, par M. le Dr L. LE PILEUR, lauréat de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. de XXXIII-394 pages, avec portrait et autographe . . . . . 12 fr.
Sur papier de Hollande. . . . . 15 fr.

(Extrait du *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 28 janvier 1879) :

M. Alph. GUÉRIN. . . . . .
Ce livre, qui a été écrit il y a plus de trois cents ans, a été consulté par la plupart des médecins qui ont étudié la syphilis ; mais, comme il est en langue latine, sa lecture était difficile ou au moins fatigante pour les personnes qui comprennent moins facilement le latin que le français. Aussi devons-nous des remerciments à M. LE PILEUR pour le soin qu'il a mis à nous faire mieux apprécier un ouvrage qui devra être, à l'avenir, dans toutes les bibliothèques.
Je tiens, en déposant ce livre sur le bureau, à complimenter le traducteur pour sa notice sur Fernel et ses notes.
J'ajouterai enfin que l'œuvre de M. LE PILEUR forme un charmant volume qui figurera avec honneur dans le cabinet des amateurs de beaux livres.

Fragments d'études pathologiques et cliniques, par le Dr Ch. SCHÜTZENBERGER, professeur de clinique de l'ancienne Faculté de médecine de Strasbourg. 1 vol. gr. in-8° de 751 pages, avec 15 pl. en couleur. . . . . 15 fr.

L'ouvrage est vendu au profit de l'Association de prévoyance des Médecins du Bas-Rhin.

Fragments de philosophie médicale. Leçons d'introduction aux études cliniques. Discours et notes, par M. le Dr SCHÜTZENBERGER, professeur de clinique de l'ancienne Faculté de médecine de Strasbourg. 1 volume gr. in-8° de 656 pages . . . . . 10 fr.

L'ouvrage est vendu au profit de l'Association de prévoyance des Médecins du Bas-Rhin.

Dictionnaire Encyclopédique des Sciences médicales, publié sous la direction du Dr A. DECHAMBRE, par demi-volumes en quatre séries simultanées, la première commençant par la lettre **A**, la seconde par la lettre **L**, la troisième par la lettre **Q**, et la quatrième par la lettre **F**.

Il a paru à ce jour : 43 volumes et demi, savoir :

1re *Série*, 22 volumes : **A. — Crèches.**
2e *Série*, 12 volumes et demi : **L. — Neyrac.**
3e *Série*, 6 volumes : **Q. — Sarcode.**
4e *Série*, 3 volumes : **F. — Fracassine.**

Chaque volume paraît en deux fascicules de 400 pages chacun gr. in-8° avec figures dans le texte. Prix de chaque fascicule. . . . . 6 fr.

Leçons sur la Physiologie et l'Anatomie comparée de l'homme et des animaux, faites à la Faculté des sciences de Paris, par M. MILNE-EDWARDS, membre de l'Institut, doyen de la Faculté des sciences de Paris. Tome XIII, première partie : **Actions nerveuses excito-motrices.** 1 vol. gr. in-8° . . . . . 7 fr.

Les 3 premiers volumes des **Leçons sur la Physiologie** sont entièrement épuisés. Chacun des volumes IV à XII est vendu séparément . . . . . 15 fr.

Archives de physiologie normale et pathologique, dirigées par MM. BROWN-SÉQUARD, CHARCOT et VULPIAN. *Tome VI, fasc. I* (commencement de l'abonnement à l'année 1879).

Ce cahier contient :

1° Recherches expérimentales sur quelques mouvements reflexes déterminés par l'excitation de la dure-mère, par M. ROCHEFONTAINE (avec 3 figures dans le texte); — 2° Recherches expérimentales sur les effets des vapeurs du sulfure de carbone, par M. L. POINCARRÉ; — 3° Note sur un cas d'énorme dilatation des voies biliaires, avec périangiocholite chronique et hypertrophie des glandes péricaniculaires, par MM. Maurice RAYNAUD et Charles SABOURIN (avec 2 planches); — 4° Contribution à l'étude des angiomes du foie par M. A. JOURNIAC (avec 1 planche); — 5° Prolongation extraordinaire des principaux actes de la vie après la cessation de la respiration, par M. BROWN-SÉQUARD.

Les Archives de physiologie paraissent tous les deux mois par fascicules gr. in-8° avec planches noires et coloriées. Chaque année forme un beau volume d'environ 800 pages. Prix de l'abonnement annuel : Paris 20 fr., Départements 22 fr.

Revue d'hygiène et de police sanitaire. Rédacteur en chef, M. E. VALLIN, professeur d'hygiène à l'Ecole du Val-de-Grâce. Membres du Comité de rédaction : MM. J. BERGERON, H. BOULEY, A. FAUVEL, PROUST, WURTZ; membres du Comité consultatif d'hygiène, A. GUBLER, professeur à la Faculté de médecine, A. DURAND-CLAYE, ingénieur des ponts et chaussées, H. NAPIAS, secrétaire général de la Société de médecine publique.

Cette nouvelle publication périodique s'adresse à la fois aux **Médecins**, aux **Architectes**, aux **Membres du Congrès d'hygiène**, aux **Municipalités**, et en général à tous ceux qu'intéressent les questions si graves de l'hygiène publique et privée elle paraît le 15 de chaque mois depuis le 15 janvier 1879.

Chaque numéro comprend 96 pages in-8° et donne, outre les matières habituelles du journal, les travaux de la Société de médecine publique.

Prix de l'abonnement annuel : Paris 20 fr.; Départements 22 fr.

Dr Ch
ulté de
: 15 pl.
15 fr.

on aux
Stras-
10 fr.

ié sous
e séries
ade par
ettre I.

-fr avec
. 6 fr.

ame et
is, par
ulté de
. ; fr.
t épuisé.
. 15 fr.

ées par
/ (com-

ar l'exé-
exte) ; —
carbone,
biliaires,
ires, par
ttribution
• Prolon
le la res-

gr. in-8°
d'environ
fr.

1 chez
Men-
Fauvel.
Grelle.
Société

ux ar-
general
privée

ituelle

3 gal
+
zob